

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

新横浜スパインクリニック 院長殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示して
いただきたく、請求いたします。

開示を受ける患者	診察券番号		
	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	生年月日		
	住 所		
開示を希望する 記録等(該当するものを○で囲む)			診察日・部位等
	1 診療記録のすべて 2 診療録(カルテ) 3 検査記録表 4 画像(XP、CT、MRI) 5 看護記録		

開示請求者	氏 名
	患者との関係
	住 所
	電話番号

本人同意書

私は、上記のとおり(請求者) に対して
貴院が保有する私の診療記録の開示に同意いたします。

別紙同意書あり 患者本人(自署) ⑩
※別紙同意書ある場合は✓して添付のこと

院長	担当医	主任	医事課	開示実施日	費用徴収