

個人情報・診療情報開示申出書

令和 年 月 日

練馬光が丘病院
管理者 永井 秀雄 殿

私 _____ は 貴院が保有する個人情報・診療情報について、下記のとおり開示して
いただきたく、申出致します。
なお 申請日より 6 か月以内の 支払い及び受取り とし、期限を超えた場合は申請対象の破棄に
同意いたします。 ※太枠のみご記入下さい。

開示の対象となる者の氏名等	ID 番号	
	患者氏名	
	住 所	
	電話番号	
開示を受けたい診療情報等の内容 (○で囲んで下さい)	開示を受けたい期間 (外来： 年 月 日～ 年 月 日) (入院： 年 月 日～ 年 月 日) 開示を受けたい診療情報等の内容 ・ 全ての診療内容（下記を含む診療記録の全て） ・ 看護記録 ・ 処方内容 ・ 検査結果、報告書 ・ 画像検査 ・ 修正履歴（ 必要 ・ 不要 ）	
	開示の区分 ・ 診療記録等のコピー・画像検査のコピー（CD-R） ・ 検査結果のみ	
申請者	氏名（自署）	
	住 所	
	電話番号	
代行者	氏名（自署）	（続柄； ）
	住 所	
	電話番号	
確認欄 (病院側記入)	証明書等	・ 特別永住者証明書・免許証等 ・ 個人番号カード ・ 公官庁、特殊法人等発行の身分証明書（写真付き） ・ その他（ ）
	確認者名	
備考欄 (記入しないでください)		

(委任状)

令和 年 月 日

私は、上記のとおり _____ に対して、貴院が保有する
私の診療記録等が開示されることに委任致します。

本人署名（自署） _____ ㊞