

個人情報・診療情報開示申出書（記載例；ご利用できません）

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
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
同意いたします。

利用する方が患者様本人の場合、申請者は患者様となりますので、*部分の署名欄も同様となります。
なお 代行者がお手続きされる場合は、代行者欄の署名と、委任状（本状下段）に患者様のサインが必要です。

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）	〇〇 〇〇 （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		

患者様ご本人がお手続きされる場合、委任状部分の記載は不要です。

(委任状)

令和 年 月 日

私は、上記のとおり 〇〇 〇〇 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）* ㊞