

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 _____は貴院が保有する下記 個人情報・診療情報について、開示いただきたく
申し出いたします。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	
開示の区分	・ 画像検査 ・ 修正履歴（ 必要 ・ 不要 ）	
	・ 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）	
	電話番号	
	会社名・住所	
	患者との関係	続柄 ； 同意書 ； 有 無
	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（ ）
確認欄 (病院側記入)	確認者名	
備考欄 (記入しないでください)		

カルテ開示同意書

私_____は、公益社団法人地域医療振興協会練馬光が丘病院
が保有する 私の診療記録について _____ が申請する 開示内
容に 同意いたします。

令和 年 月 日

氏名（自署）_____

住所_____

連絡先_____