

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の 個人情報・診療情報について開示して
 いただきたく申し出いたします。申請に当たり、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 (契約保険会社)	担当者（自署）	
	会社名	
	電話番号	
代行者 (業務委託会社)	担当者（自署）	
	会社名	
	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)		