

# 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 光定 誠 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 ・その他（ )	
開示の区分	・診療記録等のコピー・画像検査のコピー（CD-R） ・診療記録閲覧 ・検査結果のみ	
申出者	氏 名	(続柄)
	住 所	
	電話番号	
確認欄 (病院側記入)	証明書等	・パスポート ・在留カード ・特別永住者証明書 ・外国人登録証明書 ・免許書等 ・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)

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)

印