

個人情報に関する開示請求書

国家公務員共済組合連合会
新別府病院 院長 殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示していただきたく、請求いたします。

| | | | | | | |
|---|---------------|----------------|----|----|------|------|
| 開示を受けようとする患者 | フリガナ | | | | | 患者番号 |
| | 患者氏名 | | | | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・西暦 | 年 | 月 | 日生 | |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| 開示を希望する診療記録等 (該当するものを○で囲んで下さい) 複写の場合は費用がかかります | 内容 | 診察日・部位等 | 複写 | 閲覧 | 口頭説明 | |
| | 1. 診療記録のすべて | | | | | |
| | 2. 診療録(カルテ) | | | | | |
| | 3. 看護記録 | | | | | |
| | 4. 検査記録・検査成績表 | | | | | |
| | 5. エックス線写真 | | | | | |
| | 6. CT・MRI・エコー | | | | | |
| | 7. | | | | | |
| 8. | | | | | | |

| | |
|------|----------|
| 更新履歴 | 必要 ・ 不必要 |
|------|----------|

平成 年 月 日

開示請求者 氏 名： _____ ⑩

患者との
関係： _____

住 所： _____

電話番号： _____
(住所・電話番号は申請者が本人の場合は記入不要)

(本人同意書)

平成 年 月 日

私は、上記のとおり、請求者 _____ 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同意いたします。

患者本人
(自筆) : _____ ⑩

| | | | | | | | |
|----|-----|------|------|------|------|------|-----|
| 院長 | 副院長 | 診療部長 | 診療部長 | 事務部長 | 看護部長 | 上級医師 | 主治医 |
| | | | | | | | |

(備考)

| |
|--|
| |
|--|

| 担当者記載欄 | | |
|--------------|----|-----|
| | 日付 | サイン |
| 電話連絡 | | |
| 請求書送付 | | |
| 入金確認 (金額) | | 円 |
| 開示実施 | | |
| 受領確認 | | |