

個人情報開示請求書

記入（西暦） 年 月 日

請求者	氏名	印			
	住所	〒 -			
	電話番号	() -			
開示請求する情報の 種類・日付等 患者番号 【 】		診察日、部位等	複写	閲覧	
	1. 診療経過の要約書				
	2. 診療録（医師記録）				
	3. 検査記録・検査成績表				
	4. エックス線写真				
	5. CT・MRI画像				
本人の状況等 ◆法定代理人が請求 する場合に記入	本人の状況	<input type="checkbox"/> 未成年者（西暦 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人			
	本人の氏名				
	本人の住所				
	電話番号	() -			
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人			
※本人または法定代理人の確認		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
※法定代理人の資格確認		<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
※証明資料		() を <input type="checkbox"/> 提示 <input type="checkbox"/> 提出			
<p>記入上の留意点</p> <p>1. <input type="checkbox"/>のある欄は、該当する<input type="checkbox"/>の中にし点を付けてください。</p> <p>2. ※の欄は、記入しないでください。</p> <p>3. 請求の際は、「保有個人情報の本人」であることを示す書類（運転免許証等）を提示し、または提出してください。</p> <p>4. 請求の際は、訂正内容が事実と合致することを証明する資料を提示し、または提出してください。</p> <p>5. 法定代理人が請求する場合は、法定代理人に係る3の書類のほかに、法定代理人であることを示す書類（戸籍謄本等）を提示し、または提出してください。</p> <p>◆注）複写・現像に要する費用については、当院にて定めた所定額をお支払いいただきます。</p>					