医療法人社団 宗仁会

書式１　開示請求書

個人情報に関する開示請求書

年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿院長　殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報について、開示を請求いたします。

フリガナ	
患者氏名	
診察券番号	
生年月日	年　　月　　日
住　　所	〒

希望する記録 （あてはまるものに√。複数可）	□ 診療記録のすべて　□ 診療録（カルテ）　□ 看護記録　□ 検査記録・検査成績表 □ エックス線写真　□ 画像（CT・MRI・エコー等） □ その他（　　）
対象の期間・部位 （受診日・時期など）	
開示の方法 （ご希望のものに√）	□ 写しの交付（紙）　□ 電磁的記録での提供（CD-R 等）　□ 閲覧

請求者氏名	
患者との関係	□ 本人　　□ 本人以外（続柄・関係：　　）
住　　所	〒
電話番号	

（本人同意書）※請求者が患者本人以外の場合にご記入ください

私は、上記の請求者に対して、貴院が保有する私の個人情報（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（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【ご注意】

・記録の写しの交付等には、実費（複写料・郵送料等）をご負担いただきます。お支払いは、窓口での現金払い又は銀行振込です。
・患者本人又は第三者の生命・身体・財産その他の権利利益を害するおそれがある場合など、法令に定める事由に該当するときは、全部又は一部を開示できない場合があります。
・患者本人が亡くなられている場合のご遺族からのご請求は、窓口にご相談ください。
・ご請求の内容を確認のうえ、結果を書面でお知らせします。

【本人確認について】

窓口で請求される場合は、本人確認書類をご提示ください。郵送で請求される場合は、次の書類の写しを同封してください。
・請求者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード（表面のみ）、資格確認書等のいずれか１点）
・請求者が患者本人以外の場合は、上記に加え、患者本人の本人確認書類及び患者との関係を証する書類（戸籍謄本等）
・返信用封筒（長形３号。本人確認書類記載の住所・氏名を記入し、定形郵便料金分の切手を貼付したもの）
※マイナンバーカードの裏面（個人番号）は同封不可。本籍地等は塗りつぶし可。回答書は本人確認書類記載の住所あてに送付します。

院内処理欄

受付	院長	担当医	本部	開示可否	開示実施	費用徴収
				□ 開示（回答書 1-1） □ 不開示・一部開示（回答書 1-2）		