医療法人社団 宗仁会

書式２　訂正・利用停止等請求書

個人情報に関する訂正・利用停止等請求書

年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿院長　殿

私は、貴院が保有する個人情報について、下記のとおり請求いたします。

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

ご希望の内容 （あてはまるものに√。複数可）	□　記載内容を直してほしい（誤りの訂正・不足の追加・誤った記載の削除） □　情報の利用をやめてほしい（例：学会発表・研究、広報誌、案内送付など） □　情報を消去してほしい □　外部（第三者）への提供をやめてほしい
対象の記録・情報 （記録の名称、受診日・時期など）	
具体的な内容と理由 （違う箇所、利用をやめてほしい用途など）	

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	

（本人委任状）※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の訂正・利用停止等の請求に関する一切を委任いたします。

患者本人（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【ご注意】

・診療に関する記録は、医師法等により一定期間の保存が義務付けられているため、削除・消去には原則として応じられません。
・診断や所見など、医師の判断（評価）に関する記載は、訂正の対象とならない場合があります。
・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	対応区分	可否	実施
				□ 訂正等（回答書 2-1・2-2） □ 利用停止等（回答書 3-1・3-2）		