

個人情報等開示申請書

年 月 日

同愛記念病院院長殿

自署の場合は押印は不要です。

フリガナ

氏 名 印

患者番号

申請者

住 所

電話番号

生年月日

開示を希望する 患者氏名等	申請者と同一 <input type="checkbox"/> (申請者と患者が同一の場合は氏名等は記載不要)	
	フリガナ	
	氏 名	
	患者番号	
	住 所	
	電話番号	
	生年月日	
開示を希望する 記録等	1	診 療 録 診療記録を全て <input type="checkbox"/>
	2	看護記録
	3	検査記録
	4	画像記録
	5	その他 ()
	期間指定	～

申請者と開示する患者さんが同一の場合は「申請者と同一」をチェックして記載しなくて結構です。

全て必要な場合は1に○をして□にレ点を記入下さい

開示を希望する記録の番号に○をしてください。

開示する期間を指定される場合にご記載ください。

※申請者が代理人の場合は委任状と開示する患者さんとの関係がわかる書類を提出ください。

事務局記載欄

院長	委員長	担当医	事務担当

本人確認書類

1. 運転免許証
2. マイナンバーカード
3. 戸籍謄本
4. その他 ()

※原則顔写真付の確認書類を取得