

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人財団健康院 健康院クリニック 細井孝之 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対象者

フリガナ _____
氏名 _____
診察券番号 _____
住所 _____
生年月日 _____ 年 月 日

開示を希望する記録等(該当するものを○で囲む)

診察日・部位等

1. 診療記録のすべて _____
2. 診療録(カルテ) _____
3. 検査記録・検査成績表 _____
4. エックス線写真 _____
5. 画像:(エコー・MRI・CT) _____
6. 看護記録 _____
7. _____
8. _____

開示請求者

氏 名 _____
対象者との関係 _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____

受付(印)

院長(印)

開示実施(印)

費用徴収(印)