

個人情報開示請求書

申込年月日 年 月 日

かとう在宅医療クリニック院長殿

貴院が保有する下記の個人情報の開示につき請求いたします。

1. 開示を求める個人情報の対象者

フリガナ	
おなまえ	
ご住所	
生年月日	年 月 日生まれ

2. 開示を求める個人情報の種類及び範囲

個人情報の種類 (該当するもの全てを○で囲んでください)	個人情報の範囲 (該当するものを○で囲み、記入してください)
1 診療録 (カルテ) 2 処方箋 3 検査所見 4 その他 ()	左記に着き、 ア 年 月 日～ 年 月 日分 イ 診療の開始～診療の終了まで

3. 開示請求者

おなまえ	印
ご住所	
電話番号	
患者との関係	本人・代理人 (本人との関係)
本人確認方法	保険証・免許証・代理人の証明書 (複写を添付)

医療機関処理欄

受付	担当医	院長	開示の可否決定 (可・否)