

個人情報に関する訂正・追加・削除請求書

年 月 日

社会医療法人社団 正志会

荒木記念 東京リバーサイド病院 病院長 殿

私は、貴院が保有する個人情報について下記のとおり訂正・追加
削除(以下訂正等)していただくよう請求いたします。

訂正等を求める 患者様	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住所		
	生年月日		
訂正を希望する内容	訂正等希望箇所を特定する記録 文書名、日付	具体的な訂正等の内容 ※訂正請求は客観的事実に関する記録 に限ります。	

氏 名(自署) : _____ ⑩

請求者

患者様との関係 : _____

※ 請求者が代理人の場合は
「代理人確認書」を併せて提出
して下さい。

住 所 : _____

電話番号 : _____

本人委任状

私は、上記の通り(請求者) _____ に対して

貴院が保有する私の診療記録の訂正等に関する一切を委任します。

患者様本人 (自署) _____ ⑩

注 1. この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して
60日以内に、社会医療法人社団正志会 荒木記念 東京リバーサイド病院長に対して
異議申出をすることができます。

院長決裁	看護部長	事務長	主治医(代理)	開示担当責任者	開示担当者
開示・開示不可					
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

※ 担当者処理欄 (本人等確認)

1. 運転免許 2. 旅券 3. 健康保険の被保険者証 4. 法定代理人
5. その他 ()