

個人情報開示申請書

年 月 日

荒木記念 東京リバーサイド病院 病院長殿

下記の通り診療記録の開示を請求いたします。

申請者氏名(自署)

申請者の生年月日 年 月 日 患者との続柄 ()

住所

電話番号(日中連絡がとれる連絡先)

開示 対象者	フリガナ				
	患者氏名				
	住所				
	生年月日	年	月	日	性別
開示を希望する にチェック して下さい	<input type="checkbox"/> 診療記録(カルテ)				
	<input type="checkbox"/> 検査記録				
	<input type="checkbox"/> 放射線記録				
	<input type="checkbox"/> 修正記録要			<input type="checkbox"/> 修正記録不要	
	<input type="checkbox"/> その他()				
記録の対象とする期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
希望する 開示の方法に チェック して下さい	<input type="checkbox"/> 閲覧(口頭による説明を含まない)				
	<input type="checkbox"/> 閲覧(口頭による説明を含む)				
	<input type="checkbox"/> 写しの交付				

下記より当院記入

申請者確認方法

1つで 可能	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 写真付きマイナンバーカード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療養手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書
2つ 必要	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 国民・厚生年金証書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 会社の身分証明書または学生証(氏名・住所または生年月日が記載されているもの) <input type="checkbox"/> 公的機関が発行した資格証明
※申請者が開示 対象者以外の場合 右記も必要	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 家庭裁判所の証明書 <input type="checkbox"/> 任意後見人の場合:登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他()

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