

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

社会医療法人 恵佑会札幌病院
 院長 久須美 貴哉 殿

私は、下記の通り、診療録等情報の開示を請求いたします。

開示請求 をする 患者情報	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	生年月日	明治 / 大正 / 昭和 / 平成 / 令和 年 月 日	
	住 所	〒 -	
開示請求 をする 診療記録	入院・外来区分	☐ 入院診療録 ☐ 外来診療録	
	請求する期間	☐ 全て 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日	
	開示請求内容	☐ 診療記録 ☐ 看護記録 ☐ 検査記録 ☐ 画像記録 (X線・CT・MRI・PET・RI・エコー・内視鏡) ※画像記録 CD-R もしくは DVD-R でのお渡しです ☐ その他 ()	
		☐ 記録類はカラー印刷を希望します	

請求者 (自筆)	氏 名		印
	住 所	〒 -	
	電話番号		
	患者との 関係	☐ 本人 ☐ 本人以外 ()	

【病院使用欄】

確認書類	☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ 戸籍謄本 ☐ 委任状 ☐ その他 ()				
開示請求受付	年 月 日	印	診療録等受渡	年 月 日	印

理事長	院長	看護部長	事務部長	情報管理室課長	情報管理担当者