

見本（代理人）

個人情報に関する開示請求書

社会医療法人 恵佑会札幌病院
院長 久須美 貴哉 殿

受診当時から氏名が変わっている場合は（ ）で旧姓の記入をお願い致します

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) ケイユウカイ	(名) タロウ
	患者氏名	恵佑会 (旧姓: 恵佑)	太郎
	診察券番号	1234567	
	生年月日	明治 / 大正 / 昭和 / 平成 / 令和 XX年 X月 X日	
	住 所	〒003-0026 札幌市白石区本通9丁目南1番1号	
開示請求 をする 診療記録	入院・外来区分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院診療録	<input checked="" type="checkbox"/> 外来診療録
	請求する期間	<input type="checkbox"/> 全て XX年 X月 X日 ~ XX年 X月 X日 XX年 X月 X日 ~ XX年 X月 X日	
	開示請求内容	<input checked="" type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 記録類はカラー印刷を希望します	

どちらも必要な場合は
両方に✓をお願い致します

必要な項目に✓を
お願い致します

カラー印刷ご希望の場合✓をお願い致します。
✓がない場合は白黒印刷となります。

請求者 (自筆)	氏 名	恵佑会 花子	Ⓡ
	住 所	〒003-0026 札幌市白石区本通9丁目南1番1号	
	電話番号	011-863-2101	
	患者との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 本人以外 (子)	

必ずご捺印を
お願い致します

【病院使用欄】

確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()				
開示請求受付	年 月 日	Ⓡ	診療録等受渡	年 月 日	Ⓡ

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