

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

桐生厚生総合病院
院長 様

私は、貴院が保有する下記の個人情報の開示を請求いたします。

開示を希望する 患者氏名等	フリガナ	
	患者氏名	
	ID番号	
	住 所	
	生年月日	
開示を希望する 記録等	診療科名	()科、()科、
	診療録等の 種類	<input type="checkbox"/> 入院カルテ <input type="checkbox"/> 外来カルテ <input type="checkbox"/> その他の記録等
	対象となる時期	年 月 日～ 年 月 日
	希望する内容	<input type="checkbox"/> 診療録の記載内容全部 <input type="checkbox"/> 一部分 <input type="checkbox"/> 備考：

請求者 氏 名 ⑩
(自書)

患者との関係 _____

〒 _____

住 所 _____

電話番号(連絡先) _____

あなた（請求者）は次のどれに該当しますか。1つ選んで下さい。

- 患者本人。
- 患者が未成年者である場合に、その親権者又は未成年後見人。
- 患者が精神障害者である場合に、その保護者。→診断書を添えて下さい。
- 患者本人が選任した弁護士。→代理人選任書を添えて下さい。
- 患者が開示請求を請求する意志能力を欠く場合、患者の配偶者又は直系血族が選任した。弁護士。→代理人選任書を添えて下さい。
- 患者が死亡した場合に、患者の配偶者、子、親、及びその他の法定相続人。
- 患者が死亡しかつ患者の配偶者、子、親、その他の法定相続人が成年被後見人である場合に、その成年後見人。
- 以上のいずれにも該当しない。