

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	
	I D 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	☐ 入院カルテ ☐ 外来カルテ ☐ 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	☐ 診療録の記載内容全部 ☐ 画像データ (CD-R) 希望 有 ・ 無 ☐ レポート希望 有 ・ 無 (放射線 ・ 病理 ・ 内視鏡 ・ 生理)

請求者 氏 名 _____
(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。