

(様式1)

受付番号 ( )
受付年月日 令和 年 月 日

## 個人情報開示請求書

小郡第一総合病院 御中

以下のとおり、貴院が保有している個人情報（診療記録等）の開示を請求します。

開示請求者	フリガナ		開示対象者との関係	本人・親権者・後見人・代理人・その他 ( )
	氏名	Ⓜ		
	住所	(〒 - )		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生		
	電話番号	( ) - 携帯 ( ) -		

開示対象者 (開示対象者が請求者本人の場合は患者氏名・住所・電話番号欄に同上と記入)	フリガナ				
	患者氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生			
	住所				
	電話番号	( ) -			
開示を希望する記録 (該当する箇所には○を記入してください)	内 容		開示範囲（診療日、部位等）	複写	閲覧
	1. 診療録(カルテ)				
	2. 検査記録、検査成績表				
	3. エックス線写真				
	4. CT、MRI画像				
	その他				
閲覧希望日（複写のみの場合は記入不要、希望日なしはレを記入）	第1希望日	月 日	午前・午後	時頃	
	第2希望日	月 日	午前・午後	時頃	
	第3希望日	月 日	午前・午後	時頃	
	<input type="checkbox"/> 特に希望なし				

(注1) 太線の枠内のみご記入下さい。印鑑については、本人であることの証明を実印と印鑑証明書によって証明する場合には実印を押印して下さい。

(注2) 代理人によって請求される場合には、次の区分に応じて代理権を証する書類の提出をお願いします。

- 1 法定代理人の場合 請求者本人との続柄を証明できる住民票その他続柄を証明するもの
- 2 任意代理人の場合 本人の印鑑証明書（交付日より3ヶ月以内のもの）付きの請求書及び委任状

(注3) 受付窓口においては、本人確認のための書類提示等をお願いします。

(注4) 診療録等は院内のみでの閲覧とし、外部への持ち出しはできません。

(注5) 個人情報の開示が、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがある場合、もしくは第三者の利益を害する恐れがある場合、開示を不適当とする相当の事由がある場合には、開示しない場合があります。