

個人情報開示申出書

年 月 日

東京北医療センター

管理者 宮崎 国久 殿

私は、貴センターが保有する個人情報について、下記のとおり開示していただきたく申出致します。

開示対象となる者の氏名等	
ID 番号	
患者氏名	ふりがな
	(姓) (名)
生年月日	西暦 年 月 日
住 所	
電話番号	
申出者 (患者本人の場合記入不要)	
氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	
会社名等※委託の場合	

開示を受けたい診療情報等の内容 (□に✓をつけてください)
<input type="checkbox"/> 全ての診療内容 (下記を含む診療記録の全て) のコピー
<input type="checkbox"/> 診療記録 【 外来 ・ 入院 】 【 最終版 ・ 歴有 】 期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 看護記録
<input type="checkbox"/> 処方内容
<input type="checkbox"/> 各検査結果、報告書
<input type="checkbox"/> 退院時要約
<input type="checkbox"/> 画像 (レントゲン写真・CT・MRI・RI・超音波等) 【 紙 ・ CD-R 】
<input type="checkbox"/> その他 ()

※カルテの閲覧や口頭による説明、要約書の交付を申出の場合は担当者へご相談ください。

確認欄 (病院側記入)	証明書等	・ 運転免許証 ・ 旅券 ・ 健康保険証 ・ 外国人登録原票記載事項証明書 ・ 戸籍謄本 ・ 戸籍抄本 ・ 住民票 ・ 印鑑証明書
	確認者名	