

個人情報開示申請書兼承諾書

理事長 原 道也 殿

下記の通り、診療等に関する情報の開示を受けたいので申請します。

申請者情報		申請日： 年 月 日
氏名又は法人名		
患者との間柄		
身分を証明するもの	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
生年月日	M T S H 年 月 日	
住所	〒 -	
電話番号	申請された方と必ず連絡がとれる番号をご記入下さい。 ()	
希望開示方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 要約書の交付	
開示内容	<input type="checkbox"/> 外来診療録 <input type="checkbox"/> 入院診療録 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 画像情報	

患者(利用者)情報 (申請者が患者及び利用者以外の場合記入して下さい。)

氏名		
生年月日	M T S H 年 月 日	
住所	〒 -	
電話番号	()	

申請者が患者本人以外の場合は、患者(利用者)本人の承諾を頂いております。

患者(利用者)承認欄	
私は上記の通り、申請者 _____ に対して、	
私の個人情報が開示されることを承諾します。	
患者(利用者)本人の自筆の署名	
承諾した年月日	平成 年 月 日

受付者	取扱管理者	法人事務部長	主治医	院長 又は施設長	理事長

※この申請書兼承諾書は、今回に限り有効と致します。