

診療記録等開示請求書

年 月 日

能代厚生医療センター 院長 殿

■診療記録等の開示を求める患者情報

氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
住所	(〒 —)	連絡先 電話番号	
(備考) 前住所または旧姓がある場合には、念のため本備考欄に記入して下さい。 前住所： 旧 姓：			

■開示を希望する記録等

(該当するものの番号を○で囲む)	診察日(期間)・診療科・部位等
1 診療記録のすべて	
2 診療録	
3 検査記録・検査成績表	
4 エックス線写真	
5 看護記録	
6	

■ご希望の開示方法

☐ 電磁的記録（原則として PDF 形式）を保存した CD-ROM での提供
☐ 書面による提供

※個人情報保護法第 33 条第 2 項の規定により、ご希望に添えない場合がございます。

私は、上記通り診療記録等の開示を請求いたします。

開示請求者 氏 名 (印)

(自 署) 患者との関係 本人・親権者・代理人・その他 ()

住 所

電 話 番 号

- (注 1) 代理人によって請求される場合には、代理権を証する書類の提出をお願いします。
- 1 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
- (注 2) 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 3) 身分証明書はコピーさせていただきます。取得いたしました個人情報 は適切に管理し
ご本人確認以外には使用いたしませんのでご了承願います。

【病院使用欄】

請求者の確認方法	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート ☐ その他 ()
----------	--