様式１

診療情報に関する開示請求書

年　　月　　日

新渡戸記念中野総合病院 病院長　　山根 道雄 殿

私は、貴院が保有する下記の診療情報を開示していただきたく、請求いたします。

診療記録等の個人情報の開示を受けようとする患者	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	患者番号		
	住　所		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦　　年　　月　　日生	

開示を希望する記録等 (該当するものを〇で囲んでください)	種　類		診察日・部位等	複写	閲覧
	1 診療記録のすべて				
	2 診療経過の要約書				
	2 診療録(カルテ)				
	3 検査記録・検査成績表				
	4 エックス線写真				
	5 画像(CT・MRI)				
	6 看護記録				
	その他				

閲覧希望日 ※複写のみ希望の場合は記入不要	第一希望	年　　月　　日（　　）　午前・午後
	第二希望	年　　月　　日（　　）　午前・午後
	第三希望	年　　月　　日（　　）　午前・午後
	（　　）特になし	

開示請求者

氏　　名

患者との関係

住　　所

電話番号

(本人同意書)

私は、上記のとおり、＿＿＿＿＿＿＿＿　に対して、貴院が保有する私の診療記録等が開示されることに同意いたします。

患者本人(自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔当院使用欄〕

受付	管理者決裁			個人情報保護推進委員会委員長決裁			主治医意見			実施記録		費　用		確認
月日	開　示	保　留	非開示	開　示	保　留	非開示	同　意	不同意	取れず	発　送	立会い	不　要	収受・未収	月日
	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	