

個人情報開示申請書

年 月 日

JR東京総合病院長 殿

申請者

氏名 _____

生年月日 年 月 日 (才)

住所 〒 _____

電話番号 _____

私は、下記のとおり、診療情報の開示を申請します。

記

開示対象者	氏名	フリガナ
	生年月日	年 月 日 (才)
	ID番号	
	住所	〒
	電話番号	
	※申請者と開示対象者の関係	1 本人 2 法定代理人 3 任意後見人 4 本人から代理権を与えられた親族 5 その他 ()
開示対象	診療科	科
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	※範囲	1 カルテ 2 看護記録 3 画像データ 4 検査結果 5 その他 ()
※開示方法		1 閲覧 2 写しの交付

注 1 ※の欄は、該当する番号を○で囲んで下さい。

2 申請の際には、申請者本人であることを確認するために必要な書類を提出又は提示してください。(運転免許証、パスポート、健康保険証、厚生年金手帳、*印鑑証明、*戸籍謄本等本人であることを証明する2種類の現在有効な証明書)(*発行日から3ヶ月以内)

3 患者本人以外の方が申請する場合に、前項に定める2種類の証明書の他、患者本人と申請者との関係を証明する書類や委任状等が必要です。

受付者	受付日
	年 月 日