

## 診療情報等に関する開示請求書

年 月 日

医療機関名 向ヶ丘久保田内科 院長殿

私は貴院が保有する下記の個人情報を開示していただきたく、請求します。

開示を受けようとする患者

患者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

診察券番号 \_\_\_\_\_

開示を希望する記録等（他の医療機関で作成された文書、記録等は対象外です）

- 診療記録のすべて
- 診療録（カルテ）
- 看護記録
- 検査記録、検査成績表
- 画像：X線撮影、エコー検査

開示請求者 氏名 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

---

### 本人同意書

私は上記の請求者 \_\_\_\_\_ に対して、貴院が保有する私に関する診療記録等が開示されることに同意致します。

患者本人（自署） \_\_\_\_\_