

## 個人情報に関する開示請求書

(医療機関名) 梅が丘内科とアレルギーのクリニック 院長殿

年 月 日

私は、貴センター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 受診者	フリガナ	(姓)	(名)	
	受診者氏名			
	受診年月日	年	月	日
	受診番号			
	住 所			
	生年月日	年	月	日
開示を希望する記録等 (該当するものを○で囲む)			診察日・部位等	
	1 診察記録の全て 2 検査記録・検査成績表 3 エックス線写真 4 画像: CT, MRI, エコー			

開示請求者

氏名

受診者との関係

住所

電話番号

(本人同意書)

私は、上記のとおり、(請求者) に対して、貴院が  
保有する私の診察記録等が開示されることに同意いたします。

受診者本人 (自署)

受付	院長	担当医		開示実施	費用徴収