

## 個人情報開示請求書

医療法人社団 仁鷹会

申込年月日 西暦 2018 年 4 月 1 日

たかの橋中央病院長 殿

貴院が保有する下記の個人情報の開示を請求いたします。

### 1 開示を求める個人情報の対象者(患者)

フリガナ お名前	ヒロシマ ヒロコ 広島 広子
ご住所	広島県広島市〇〇区〇〇 1-2-3
生年月日	明治・大正・昭和・平成 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">西暦</span> 1950 年 1 月 1 日生

### 2 開示の方法

(どちらかを○で囲んでください)

ア 写し(コピー)の交付

イ 閲覧 (希望日: 年 月 日 午前・午後)

### 3 開示を求める個人情報の種類及び範囲

個人情報の種類	<p><span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">ア</span> 診療記録 医師記録・看護記録・検査記録・手術記録 その他 ( )</p> <p>イ 画像記録 エックス線写真・CT・MRI・その他( )</p>
個人情報の範囲	<p>ア 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日分</p> <p><span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">イ</span> 診療の開始~診療の終了まで</p> <p>ウ その他( )</p>

### 4 開示請求者

フリガナ お名前	ヒロシマ ヒロシ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">広島</span> 広島 ヒロシ
ご住所	東京都〇〇区〇〇 1-2-3
電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
患者との関係	本人・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">代理人</span> ( 本人との関係 <b>長男</b> )

### 5 本人(患者)同意書

本人(患者)ではない方が個人情報開示請求をする場合は、本人(患者)の同意が必要です。開示請求者が本人(患者)の場合、記載は不要です。

私は、上記のとおり、開示請求者 \_\_\_\_\_ に対して、私の診療情報が提供されることに同意します。

患者本人(自署) \_\_\_\_\_ 印

患者は自署できません。(理由を記載してください: **広島花子は高次機能異障害により筆記ができません。**)

患者は意識障害、認知障害、死亡の状況にあり、同意が得られません。