（書式1）

個 人 情 報 に 関 す る 開 示 申 請 書

東京西徳洲会病院　院長　殿

個人情報の開示を 受けたい患者様氏名	（フリガナ）	（姓）	（名）
	患者氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 ・ 令和　　年　　月　　日生	
	住　所	〒　　－	
	電話番号	（　　）　　－	

		内　　容	○or×
開示を希望する記録 （該当する箇所に○を記入して下さい）	1. 診療録（カルテ）		
	2. 検査記録、検査成績表		
	3. エックス線写真		
	4. その他		

私は、上記のとおり、個人情報（診療記録等）の開示を希望します。　　年　　月　　日

1. 申請者
　（　　）本人
　（　　）本人以外
　　（　）1. 法定代理人
　　（　）2. 患者本人から代理人権を与えられた親族
　　※2の場合には患者本人の意思が確認できる委任状を添えてください。
　　（　）3. 現実に患者の世話をしている親族又は、これに準ずる方
　　※3.の方による請求は、患者本人が成人で判断能力が充分でない場合に限ります。
　　詳しくは個人情報担当者までお尋ねください。
　　※申請者本人の場合は記入不要

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
患者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、上記のとおり、申請者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ に対して、私の個人情報等が開示されることを同意します。

患者本人（自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

太枠の中をご記入ください。

（病院使用欄）

完了	申請者連絡	管理者決済日			部長（医長）決済日			主治医承認日			実施記録		費用		確認受付	窓口受付
		開示	保留	不可	開示	保留	不可	同意	保留	不可	発送	立会	不要	収受済		
／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン