（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	（　　）　　－	

		○	期間
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（CD-R）		
	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　※15歳以上
（　　）本人以外
（　）1．法定代理人
（　）2．任意代理人
※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。
※代理人が申し込みをされる場合は別途書類が必要になる事があります。
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