

(別紙 1)

受付番号 ( )  
受付年月日 年 月 日

### 個人情報開示請求書

社会医療法人 熊谷総合病院 御中

貴病院が保有している私の個人情報につき、その内容及び利用を確認したく、  
以下のとおり請求します。

開示を受けようとする患者の氏名	フリガナ		患者番号
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・西暦	年 月 日
	住 所	〒	
開示を希望する診療記録等 (該当するものを○で囲んで下さい)  1～7の金額については、 当院ホームページ 『カルテ開示について 5.開示の費用』をご確認ください。	1.診療録(カルテ)	希望期間: 年 月 日 ~ 年 月 日	入外区分: 入院 ・ 外来 診療科: 備考:
	2.手術・麻酔記録		
	3.画像データ		
	4.検査結果報告書		
	5.看護記録		
	6.その他 ( )		
	7.不存在証明書※ 要 ・ 不要		

※保存期間を過ぎ、廃棄したなどの理由で記録が存在しない場合、任意で発行することができます。

年 月 日

開示請求者 \_\_\_\_\_ (印)  
(記名押印又は署名)

患者との関係 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_