

(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	ミホン タロウ	患者番号
	氏名	見本 太郎	0 1 2 3 4 5 6 7
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・ <u>西暦</u>	1987 年 5 月 5 日
	住 所	〒360-8567 埼玉県熊谷市中西4-5-1	
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)	<u>1. 診療録(カルテ)</u>	希望期間：	
	2. 手術・麻酔記録		2022 年 4 月 1 日 ~ 2022 年 8 月 31 日
	<u>3. 画像データ</u>	入外区分：	<u>入院</u> ・ 外来
	<u>4. 検査結果報告書</u>	診療科：	整形外科
	5. 看護記録	備考：	
	6. その他 ()		

年 月 日

開示請求者 見本 次郎 (印)
(記名押印又は署名)

患者との関係 実父

住所 同上

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇