

(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 病院長 殿

貴院が保有している患者の個人情報について以下のとおり開示請求いたします。

開示対象患者	フリガナ		患者番号
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦	年 月 日
	住 所	〒 -	
開示請求内容 (該当するものを○で囲んで下さい) ※費用については、 当院ホームページもしくは 別紙3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	備考:
	2.手術・麻酔記録		
	3.画像データ	入外区分: 入院 ・ 外来	
	4.検査結果報告書	診療科:	
	5.看護記録		
	6.その他 ()		
	7.不存在証明書※ 要 ・ 不要		

※不存在証明書・・・保存期間を過ぎ廃棄している場合にデータが存在しない事を証明。

開示請求申込年月日 年 月 日

開示請求者 _____ (印)
(記名押印または署名)

患者との関係 _____

住所 〒 - _____

電話番号 _____

開示請求物 受取年月日 年 月 日

受取サイン _____