

(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	ミホン タロウ	患者番号
	氏名	見本 太郎	01234567
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和(西暦) 1987 年 5 月 5 日	
	住所	〒360-8567 埼玉県熊谷市中西4-5-1	
開示請求内容 (該当するものを○で囲んで下さい)	1.診療録(カルテ)	希望期間:	2022年 4月 1日 ~ 2022年 8月 31日
	2.手術・麻酔記録	入外区分:	入院・外来
	3.画像データ	診療科:	整形外科
	4.検査結果報告書	備考:	
	5.看護記録		
	6.その他 ()		
	7.不存在証明書※ 要・不要		
※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。			

※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。

開示請求申込年月日 年 月 日

開示請求者 見本 次郎 (印)
(記名押印または署名)

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

開示請求物 受取年月日 年 月 日

受取サイン _____