

診療記録等の開示申込及び個人情報開示等請求書

診療記録等の開示を 希望する患者	(フリガナ) 患者氏名			
	患者番号		保険証記号番号	/
	住所	〒		
	生年月日	年 月 日	()歳	

開示を希望する 診療情報の内容等	内容 (カルテ・レントゲンフィルム等)	診療年月日	閲覧	複写	口頭説明

個人情報の開示等の請求について、該当する番号に○印を付けて下さい。

- 1 個人情報の利用目的の通知の請求 (法第24条第2項)
- 2 個人情報の開示の請求 (法第25条第1項)
- 3 個人情報の訂正、追加又は削除の請求 (法第26条第1項)
- 4 個人情報の利用停止の請求 (法第27条第1項・第2項)

診療記録等の開示を 希望する理由	
※上記、開示等の請求が 2、3、4 のいずれかの場合	

国家公務員共済組合連合会
佐世保共済病院長 殿

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)に基づき、国家公務員共済組合連合会佐世保共済病院が保有する個人情報の開示を申請いたします。

平成 年 月 日

申請者	フリガナ
氏名	_____ (印)
患者との関係	_____
〒	_____
住所	_____
電話番号	_____

本人同意書

平成 年 月 日

私は、上記の通り 申請者 _____ に対して、私の診療情報が開示されることに同意します。

患者本人自署 _____ (印)