

診療情報等開示請求書

年 月 日

福寿会グループ 理事長殿

申請者 住所 氏名 電話番号 (印)

私は、貴グループの保有する下記の個人情報を開示していただきたく、請求いたします。

	該当するものを○で囲む							
1、申請に係る個人情報 の内容	1、診療録(カルテ)		4、看護記録		7、その他			
	2、検査記録		5、介護記録		()			
	3、レントゲン・CT写真		6、居宅サービス計画書					
2、開示の方法	該当するものを○で囲む							
	1、閲覧		2、口頭による説明		3、写しの交付		4、要約書の交付	
3、申請の理由・利用目的								
4、患者本人の氏名 (患者本人以外が申請する場合)	患者(利用者)本人の氏名				患者(利用者)本人との続柄			
	患者(利用者)本人の住所 および電話番号および電話番号							
《注》 1、「申請の理由・利用目的」は具体的に記入してください。 2、＊欄には、記入しないでください。								
* 事務処理欄	申請者本人 確認欄							
	1、運転免許証 2、旅券 3、マイナンバーカード 4、その他() ※顔写真なしの場合、確認書類2点で本人確認 受付 年 月 日 氏名 印							
理事長			監査部長		院長・施設長	主治医	担当部長	事務長