

年 月 日

## 個人情報に関する開示請求書兼同意書

医療法人向英会 高田整形外科病院

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示して頂きたいと請求いたします。  
なお、開示に際し貴院所定の費用を負担します。

開示を受ける患者 患者氏名 \_\_\_\_\_  
診察券番号 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
生年月日 T・S・H 年 月 日 \_\_\_\_\_

開示を希望する記録

1. 診療録（外来カルテ、入院カルテ） \_\_\_\_\_
2. 検査記録・検査結果 \_\_\_\_\_
3. レントゲン写真 \_\_\_\_\_
4. MRI画像 \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

開示請求者 氏名 \_\_\_\_\_  
患者との関係 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

(本人同意書)

私は、上記のとおり、請求者 \_\_\_\_\_ に対して、貴院が保有する私の上記  
開示希望記録が開示されることに同意します。

患者本人（自署） \_\_\_\_\_