

# 個人情報に関する開示請求書

申請日 年 月 日

赤羽リハビリテーション病院  
病院長 殿

## 【開示請求者】

本人  本人以外

氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
患者との関係 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

私は、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。

患者情報	フリガナ	(セイ)	(メイ)	
	患者氏名	(姓)	(名)	
	生年月日	年 月 日	電話番号	— —
	住 所			
開示区分 (該当する番号を ○で囲む)	1. 閲覧 2. 謄写 (写し)			
開示を希望 する記録等の 内容 (該当する番号を ○で囲む)	1. 診療録 (カルテ) 2. 検査結果 3. エックス線画像 4. その他 ( )		期間・部位等	

開示手数料として 3,300 円 (コピー代含む) をいただきます

## 【病院記入欄】 (該当するものに○)

患者 ID : \_\_\_\_\_

患者の身分証明書	1点	運転免許証・パスポート・マイナンバーカード・その他 ( )
	2点	健康保険証・年金手帳・療養手帳・その他 ( )
	入院中	リストバンド
申請者の身分証明書 (申請が本人以外の場合)	1点	運転免許証・パスポート・マイナンバーカード・その他 ( )
	2点	健康保険証・年金手帳・療養手帳・その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 委任状・同意書 確認	
ご遺族・任意後見人	戸籍謄本・除籍謄本・公正証書・その他 ( )	

院長	看護部長	事務長	担当医	受付