

別表2

個人情報に関する開示等請求書

____年 ____月 ____日

名古屋セントラル病院

私は、貴院が保有する下記の個人情報について、
開示等（開示、訂正・追加・削除、利用停止）を請求いたします。

開示等を希望する 患者氏名等	フリガナ		ID 番号
	患者氏名		
	住 所	〒	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
開示等を希望する 記録文書等	対象とする記録文書等	診察日・部位等、具体的内容	
	<input type="checkbox"/> 診療記録のすべて <input type="checkbox"/> 診療録（カルテ） <input type="checkbox"/> 検査記録・検査成績表 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> その他 ()		

(注) 訂正請求は客観的事実に関する記録に限ります

開示請求者 氏 名

(自署) 患者との関係

住 所 〒

電 話 番 号

※ 請求者が患者本人である場合は、請求者欄の住所・電話番号は記入する必要はありません。

※ 請求者が代理人の場合は、「代理人確認書」を併せて提出してください。

[事務処理欄]

診療科長 予防医療部長	担当医	事務担当者 (医事・ドック)	受取者

開示実施	費用徴収