書式5

個人情報に関する開示請求書

____年____月____日

町立八丈病院長　殿

私は，貴院が保有する下記の個人情報の開示を請求いたします。

<table>
<tr><td rowspan="4">開示を希望する
患者氏名等</td><td>フリガナ
患者氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>ID番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">開示を希望する
記録等

（該当するものの番号を〇で囲む。該当するものが無い場合は希望内容を記載する）</td><td colspan="2"></td><td>診察日・部位等</td></tr>
<tr><td colspan="2">1　診療記録のすべて
2　診療録
3　検査記録・検査成績表
4　エックス線写真
5　看護記録
6
7
8</td><td></td></tr>
</table>

請求者（自著）　　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

患者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊請求者が代理人の場合は，「代理人確認書」を併せて提出して下さい。

＊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がありません。