様式第 4 号（開示請求書）　　No.

個人情報に関する開示請求書

年　　月　　日

東邦大学医療センター大森病院　病　院　長　殿

私は、貴院が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。

【開示対象患者情報】

1. 診察券番号　　2. 患者氏名
3. 生年月日(西暦)　　年　　月　　日
4. 住　所　〒
5. 電話番号　　（携帯）

【受け取り方法】

□ 窓口　□ 発送(ﾔﾏﾄ便)※

※請求書・カルテ送付希望住所

【開示対象診療情報】　該当するものの□にチェックしてください。

交付方法：　□ 書面交付　，　□ 電子媒体交付（CD-ROM）

診 療 科：　□ 全て　□ 指定（　　）科

入院・外来：　□ 入院　□ 外来

期　　間：　□ 全期間 □ 指定(西暦)　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

□ 診療記録（医師の記録・検査結果等含む）

□ 看護記録

□ その他（　　）

□ 画像（レントゲン／ＣＴ・ＭＲＩ）※別途 CD-ROM 代（1 枚 3300 円）がかかります

□ 波形（脳波）※別途 CD-ROM 代（1 枚 3300 円）がかかります

□ 波形（ホルター心電図、ＣＴＧ:胎児心拍数陣痛図 等）※お渡し期間が１ヶ月ほど延長となります

【開示申立人】　※【開示対象患者情報】と同一の場合、住所・電話番号の記入は必要ありません。

1. 開示申立人氏名(自署)
2. 患者との関係
3. ※ 住　所　〒
4. ※ 電話番号　　（携帯）

【申立人証明書類】　該当するものの□にチェックしてください。

1. □ 運転免許証　2. □ パスポート　3. □ マイナンバーカード　4. □ 戸籍謄本または抄本
5. □ その他の証明書（　　）

（本人同意書）　※本人の場合、記入の必要はありません。別紙の同意書も使用可能です。

私は、上記のとおり、開示申立人　　に対して保有する私の診療記録等が開示されることに同意いたします。

患者本人(自署)：

※患者本人が同意書にサイン出来ない場合

理由：　　ご署名：

院長（委員長）	委員長（補佐）	責　任　医	開 示 可 否	費 用 徴 収

診療録等写しの受取り年月日　　年　　月　　日　　ご署名