一般財団法人精神医学研究所
附属 東 京 武 蔵 野 病 院

院 長 石川 美加 様

個人情報に関する開示請求書

私は、貴院が保有する下記の情報を開示していただきたく請求いたします。

開示を受けようとする患　　者	ﾌﾘｶﾞﾅ	（姓）	（名）
	患者氏名		
	生年月日	年　　月　　日	
	住　　所	（〒　　）	
	電話番号		

開示を希望する記録等 （該当するものに〇）		診察日・部位等
	1　診療録（カルテ）　（写） 2　検査記録・検査報告書（写） 3　その他 （　　）	より具体的にご記入下さい（期間等） 年　　月　　日　～ 年　　月　　日　まで

（請求日）
年　　月　　日

開示請求者　氏　　名　　㊞

患者との関係

住　　所

電話番号

本人同意書　※開示請求者が本人の場合は不要

私は、上記のとおり、（開示請求者）＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、貴院が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）　　㊞

（以下は病院記入欄）

院　長	担当医			事務管理部長	情報管理室（受　付）	本人確認	請求者確認	開示実施・費用請求	備　考