

診療情報の開示申込 及び 個人情報開示等 請求書

診療情報の開示を希望する 患者について

ふりがな 患者名	
患者番号	
住 所	
生年月日	

開示を希望する 診療情報の内容 等

内容（カルテ・放射線画像 等）	診療年月日	閲覧	<input type="checkbox"/> 頭部説明	複写
理由（任意）：				

*電子カルテ（平成24年以降）の複写を希望される場合、
修正等の履歴印刷について 履歴を（ 含む・ 含まない ）印刷を希望します。

個人情報の開示等請求目的について（該当の番号に○をつけてください）

- 1 個人情報の利用目的の通知の請求（法第24条 第2項）
- 2 個人情報の開示の請求（法第25条 第1項）
- 3 個人情報の訂正、追加または削除の請求（法第26条 第1項）
- 4 個人情報の利用停止の請求（法第27条 第1項・第2項）

国家公務員共済組合連合会 佐世保共済病院 院長 殿

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）に基づき、国家公務員共済組合連合会 佐世保共済病院が保有する個人情報の開示を請求いたします。

記載日：平成 年 月 日

ふりがな 申 請 者		①
患者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（ ）	
住 所	〒	
電 話 番 号		

* 申請者が患者本人以外の場合は、同意書および申請者との関係を証明できる公的書類の提出をお願いいたします