

# 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<br>患者名 |            |
| 患者番号        |            |
| 住 所         | 〒          |
| 生年月日        | 年 月 日 ( 歳) |

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 | 口頭説明 | 複写 |
|------------------|-------|----|------|----|
|                  |       |    |      |    |
|                  |       |    |      |    |
| 理由 (任意) :        |       |    |      |    |

\*電子カルテ (2012 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： 年 月 日

|               |   |   |
|---------------|---|---|
| ふりがな<br>申 請 者 |   | 印 |
| 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。