

年 月 日

個人情報の開示請求書 (様式1号)

久留米大学病院長 殿

(A) 開示を受けたい患者さんの情報	診察券番号		
	診察科		
	フリガナ		
	患者氏名		
	生年月日	年 月 日生	
	住 所	〒	
	電話番号		
(B) 開示の内容及び方法 (原則コピーにて対応となります)	開示の方法		開示の方法○で表示して下さい
			閲 覧 コピー
	1. 診療録		
	2. 検査記録、成績表等		
	3. レントゲン・CT画像(CD-Rにて渡し)		
4. その他(体的に記載ください。)			

私は、上記のとおり、個人情報の開示請求いたします。

開示請求にあたり、下記手数料を本院へ支払うことについて同意いたします。

また、個人情報開示の結果、万一開示者及び請求者において不都合・不利益が発生することがありましても、本院は最終的な責任を負わないことについて了承いたします。

(C) 開示請求をされる方の情報	請求者氏名	印
	患者との関係	
	住所(※1)	〒
	電話番号(※1)	

(※1)開示請求者が本人の場合、記載省略不可

(D) 代理の方が申請の場合	【患者さんの現状】(開示請求者と患者さんの関係を示す書類を提出ください。)		
	(1) 15歳以上(※2) (2) 15歳未満 (3) 成年被後見人等による代理申請		
	(4) 弁護士事務所等による代理申請(※4) (5) 死亡 (※3)		
	(6) その他(理由:)		

(※2)別途委任状を提出下さい。(※3)登記事項証明書を提出ください。

(※4)請求者より提出された事務所等への委任状(コピー可)を提出ください。

◎開示に関する手数料について

コピー 用紙代:モノクロ1枚につき22円(税込)、カラー1枚につき88円(税込)

CD-R1枚につき550円(税込)。事務手数料3,300円(税込)(カルテ閲覧のみの場合も同様)

なお、窓口での支払いにクレジットカードは使用できませんので予めご了承下さい。

(本人同意書)

(様式2号)

(D)の(3)、(4)、(6)に該当し、証明書が発行できない場合にご記入ください。

私は、上記のとおり、請求者_____に対して、私の個人情報が開示されることに同意します。

患者本人自署_____ 印