

患者番号

氏名

生年月日

診療情報開示請求書

年 月 日

群馬県立心臓血管センター院長 あて

請求者 郵便番号 〒 _____
住所(居所)
氏 名
電話番号

個人情報の保護に関する法律（平成 1 5 年法律第 5 7 号）第 7 7 条第 1 項の規定により、次のとおり自己の診療情報の開示を請求します。

開示請求に係る診療情報を特定するために必要な事項		(1) カルテ 科 (全部・一部 年 月 日～ 年 月 日) (2) 検査結果 科 (全部・一部 年 月 日～ 年 月 日) (3) その他	
開 示 の 実 施 方 法 〔ご希望の□にチェックしてください。 例「■」「レ」〕		1 ☐ 閲覧、聴取又は視聴 2 ☐ 写しの交付（ ☐ 窓口での交付 ☐ 送付による交付） (1) ☐ 紙（ ☐ カラー部分を含む頁は、カラーコピーを希望する。） (2) ☐ CD-R ☐ 〔電磁的記録を保有していない場合には、スキャナによる複写物の交付を希望する（保有する処理装置により容易に実施できる場合に限る。）〕 (3) ☐ その他の媒体（ ）	
する 場 合 の 本 人 の 状 況 等 代 理 人 が 開 示 請 求 等	本 人 の 状 況	(該当するものを○で囲んでください。) 1 未成年者（ 年 月 日生） 1 5 歳未満 ・ 1 5 歳以上（ 同意の 有 ・ 無 ） 2 成年被後見人 3 任意代理人委任者	
	本人の氏名及び住所(居所)	氏名	
		住所 (居所)	(郵便番号 _____) 電話番号 (_____) _____
※ 本 人 等 確 認		☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ その他 (_____) ☐ 戸籍謄本又は戸籍の全部事項証明書 ☐ 住民票の写し	
※ 事 務 担 当 課 等		診療情報管理室 電話番号 027-269-7455 (内線)	
※ 備 考			

注 1 請求の際は、本人であることを証明する書類（個人番号カード、運転免許証、旅券等）を提示し、又は提出してください。

2 ____ 代理人による請求の場合は、____ 代理人に係る個人番号カード、運転免許証、旅券等の書類に加え、____ 代理人の資格を証明する書類（法定代理人にあっては戸籍謄本等、本人の委任による代理人にあっては本人の実印を押印した委任状（押印した実印に係る印鑑登録証明等が添付されたもの））を提出し、又は提示してください。

3 ※印の欄は、記入しないでください