

診療記録等の開示申請書

大阪警察病院 院長 殿

診療記録等の開示 を受けたい患者	(フリガナ)	(姓)	(名)	
	患者氏名			
	患者番号			
	住 所			
	生年月日	M. T. S. H		
開示を希望する記録 (該当する箇所に○を 記入してください)	情報区分	診察日、部位等	複写又は 印字出力	閲覧 のみ
	1 診療録(カルテ)のみ			/
	2 検査記録、検査成績表			
	3 エックス線写真			
	4 CT画像			
	5 電子計算機で処理される事項			
	その他			
閲覧希望日 (複写及び印字物のみの 希望の場合は記入不要)	第一希望	月	日	午前・午後
	第二希望	月	日	午前・午後
	第三希望	月	日	午前・午後
	()特に希望なし			

私は、上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

平成 年 月 日

申請者 氏名 _____

患者との関係 _____

住所(申請者が本人の場合は記入不要) _____

電話番号 _____

本人同意書 (代理人による申請の場合に記入)

私は、上記の通り、申請者 _____ に対して、私の診療記録等が開示されることに同意します。

患者本人自署 _____

病状等により患者本人が意思表示できない場合の担当医の意見

医師氏名 _____

- 注
1. 申請者が患者本人であることを証明できるもの(運転免許証、保険証、住民票等)を持参してください。
 2. 代理申請できる者は次のとおりです。いずれの場合も、これに該当することを証明するものを持参してください。
 - ・法定代理人
 - ・後見人
 - ・3親等以内の親族および同居親族
 3. 開示は当院診療サービス課で行います。なお、非開示となった方には説明書を郵送いたします。
 4. 開示手続き料、事務経費等を申し受けます。

大阪警察病院長 殿

個人情報訂正要求書

訂正を必要とする患者等	フリガナ	
	氏名	生年月日 患者番号
	住所（郵便番号） ()	
訂正する事項等	訂正を必要とする文書等	カルテ カルテ以外の診療記録 その他() (項目等の名称、日付、ページ等)
	現在の内容（記述欄が不足する場合は別紙に記載し添付してください。）	
訂正後の記述等	訂正後の内容（記述欄が不足する場合は別紙に記載し添付してください。）	

要求者氏名 _____ 印 訂正等対象患者との関係 _____

住所 _____ 電話番号 _____

委任状（代理人による要求の場合は、下欄に記入してください。）

私は、要求者 _____ に訂正要求に係る事項を委任します。

訂正等対象患者本人自署 _____

病状等により患者本人が意思表示できない場合の担当医の意見

医師氏名 _____

注 1 要求に際しては診察券及び要求者の身分を証明できるもの（保険証 運転免許証 住民票等）をご持参ください。

2 訂正等を必要とする根拠となるものを添付してください。

3 要求の内容によっては、訂正できない場合がありますのでご了承ください。

大阪警察病院長 殿

個人情報利用停止要求書

利用停止を必要とする患者等	フリガナ 氏名 生年月日 患者番号 住所（郵便番号） （ ） _____
利用停止の対象となる記録文書（事項）、日付	
利用停止の内容（どのような利用を停止するのか。）	
利用停止の理由	

要求者 氏名 _____ 印 _____ 利用停止対象者との関係 _____
住所 _____ 電話番号 _____

同意書（代理人による要求の場合、下欄に記入してください。）

私は、要求者 _____ に訂正要求に係る事項を委任します。

訂正等対象患者本人自署 _____

病状等により患者本人が意思表示できない場合の担当医の意見

医師氏名 _____

注 1 要求に際しては診察券及び要求者の身分を証明できるもの（保険証、運転免許証、住民票等）をご持参ください。

2 要求の内容によっては、利用停止できない場合がありますのでご了承ください。