

様式第2号（第3条関係）

保有個人情報開示請求書

年 月 日

(宛先)箕面市立病院事業管理者

請求者 住所又は居所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

個人情報の保護に関する法律第77条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

<p>開示を請求する 保有個人情報 ※具体的に特定し てください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 診療録（期間 年 月 日 ～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/>カルテ <input type="checkbox"/>手術記事 <input type="checkbox"/>検査結果 <input type="checkbox"/>検査画像 <input type="checkbox"/>検温表 <input type="checkbox"/>分娩情報 <input type="checkbox"/>輸血実施履歴 <input type="checkbox"/>入院診療録概要 <input type="checkbox"/>諸記録 備考（ _____ ）</p>
<p>希望する開示の 実施方法 ※本欄の記載は、 任意です。</p>	<p>（1）開示の実施の方法 <input type="checkbox"/>閲覧のみを希望する。 <input type="checkbox"/>閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。 <input type="checkbox"/>写しの交付のみを希望する。 （2）写しの交付の方法 <input type="checkbox"/>用紙 <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p>
<p>郵送の希望の有無 ※本欄の記載は、 任意です。</p>	<p><input type="checkbox"/>有り <input type="checkbox"/>無し</p>
<p>希望する開示の 実施日 ※本欄の記載は、 任意です。</p>	<p>年 月 日</p>

※代理人が請求する場合は、次の欄もご記入ください。

<p>開 示 請 求 者</p>	<p><input type="checkbox"/>法定代理人 <input type="checkbox"/>任意代理人</p>
<p>本人の状況等</p>	<p>（1）本人の状況 <input type="checkbox"/>未成年者（ _____ 年 月 日生） <input type="checkbox"/>成年被後見人 <input type="checkbox"/>任意代理人委任者 （2）本人の氏名 _____ （3）本人の住所又は居所 _____ （4）本人の電話番号 _____</p>

(注) 1 あなたが請求する保有個人情報の本人であることを確認できる書類（運転免許証等）を提示又は提出してください。

2 法定代理人が請求する場合は、この請求書以外に、その資格を証明する書類（戸籍謄本等）及び当該法定代理人本人であることを確認できる書類を提示又は提出

