

第2号様式（第3条関係）

2023 年 4 月 1 日

保有個人情報開示請求書

地方独立行政法人岐阜県総合医療センター理事長 様

代理人	氏名	(フリガナ) ギフ ハナコ 岐阜 花子
	住所	〒 500 - 8717 岐阜市野一色 4-6-1
	電話番号	058 - 246 - 1111

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第77条の2第1項のとおり保有個人情報の開示を請求します。

カルテ開示準備完了の連絡を
平日 9:00~16:00 に行います。
日中に連絡が取れる、電話番号の
記入をお願いします。

記

1. 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。）

【例1】2023年4月1日~2023年6月30日までの消化器内科の全ての診療記録（画像不要）
【例2】2023年4月1日~現在に至るまでの全ての診療記録（画像含む）

いつの診療記録か、開示を請求する期間など、
できるだけ詳しく記入をお願いします。

2. 求める開示の実施方法等（本欄の記載は、任意です。）

ア又はイに○印を付してください。アを選択した場合は、実施の方法及び希望日を記載してください。

(ア)個人情報窓口における開示の実施を希望する。 <実施の方法> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <実施の希望日> _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※開示の実施の方法及び開示の実施の希望日については希望に沿えない場合があります。
(イ)写しの送付を希望する。

3. 本人確認等

(ア) 開示請求者 本人 法定代理人 任意代理人

(イ) 請求者本人確認書類

- 個人番号カード（マイナンバーカード）
 運転免許証 健康保険の資格確認書
 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書
 その他（ ）

代理人の方の本人確認書類のご準備をお願いします。

※請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。

(ウ) 患者本人の状況等（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。）

患者本人の状況

- 未成年者 成年被後見人 死亡
 代理人に委任（患者本人との関係： **母** ）

患者本人の氏名	(フリガナ) ギ フ タロウ
	岐阜 太郎
生年月日	2000 年 1 月 1 日生（ 23 歳）
患者本人の住所	〒 500 - 8717
	岐阜市野一色 4-6-1
電話番号	058 - 246 - 1111

(エ) 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示又は提出してください。

請求資格確認書類 戸籍謄本 登記事項証明書 その他（ ）

(オ) 任意代理人が請求する場合、次の書類を提示又は提出してください。

請求資格確認書類 委任状 その他（ ）

※下の欄は記入する必要はありません。

委任状のご準備をお願いします。
書式は当院所定のものでも構いません。
申出日の 30 日以内に作成の原本が必要です。

本人等確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（マイナンバー） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の資格確認書 <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
法定代理人資格確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
任意代理人資格確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）
担当課等	担当課：医事課 担当：診療情報管理担当 電話番号：（ 058 ） 246 - 1111 [内線] 6012・6007
処理状況	年 月 日決定（ 開示 ・ 部分開示 ・ 不開示 ）