

様式第2号 (第3条関係)

保有個人情報開示請求書

年 月 日

小田原市病院事業管理者 様

郵便番号

住 所

ふりがな
氏 名

電 話

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。

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。）

患者番号			
ふりがな 患者氏名		生年月日	年 月 日
内容	<input type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 画像（X線、CT、MRI等） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
診療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		

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 小田原市立総合医療センター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 <input type="checkbox"/> その他（ ） <実施の希望日> 年 月 日
イ 写しの送付を希望する。

<裏面あり>

様式第 2 号（第 3 条関係）

【記載内容等の説明】

1 □のある欄には、該当する□内に レ 印を記入してください。

2 「郵便番号」、「住所」、「氏名」、「電話番号」

ここに記載された氏名及び住所に開示決定通知等を行いますので、正確に記載してください。

また、連絡を行う際に必要になりますので、電話番号も記載してください。

3 求める開示の実施方法等

実施の希望日がある場合は、請求日に 16 日を足した日以降の日付けを記載してください。

4 本人確認書類等

(1) 小田原市立総合医療センターへ来院による開示請求の場合

当院に来院して開示請求をする場合、本人（代理人本人）確認のため、運転免許証、個人番号カード（個人番号通知カードは不可）等の住所・氏名が記載された顔写真付きの書類（以下「本人確認書類」という。）を提示し、又は提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合は、開示請求担当部署（医事課 電話 0465-34-3175）に事前に相談してください。

(2) 郵送による開示請求の場合

郵送で開示請求をする場合には、(1)の本人確認書類を複写機により複写したものに併せて、住民票の写し（開示請求の前 30 日以内に作成されたものに限る。住民票の写しは、複写機による複写したものは不可）を提出してください。

なお、個人番号カードを複写機により複写したものを提出する場合は、表面のみ複写し、住民票の写しは個人番号の記載がある場合、当該個人番号を黒塗りしてください。

(3) 代理人による開示請求の場合

代理人のうち、法定代理人が開示請求をする場合には、戸籍謄本、戸籍抄本、成年後見登記の登記事項証明書その他法定代理人であることを証明する書類（開示請求の前 30 日以内に作成されたものに限る。複写機による複写したものは不可）を提示し、又は提出してください。

代理人のうち、任意代理人が開示請求をする場合には、①委任状②その他その資格を証明する書類（開示請求の前 30 日以内に作成されたものに限る。複写機による複写したものは不可）を提示又は提出してください。①委任状には、委任者の実印により押印し、②その他その資格を証明する書類としては、印鑑登録証明書（開示請求の前 30 日以内に作成されたものに限る。複写機による複写したものは不可）又は委任者の運転免許証、個人番号カード（個人番号通知カードは不可）等本人に対し一に限り発行される書類の写しを併せて提示又は提出してください。

なお、代理人が当該開示請求に係る保有個人情報の開示を受ける前にその資格を喪失したときは、直ちに書面でその旨を届け出てください。