

個人情報の開示申請書

大分赤十字病院長 様

診療記録等の開示を 申請する患者氏名等	フリガナ	
	氏 名	
	患者 ID	
	生年月日	年 月 日
	住 所	(〒 -)
	電話番号	
開示対象となる 診療時期	年 月 日から 年 月 日まで	
開示を希望する診療科		
開示を希望する記録		

大分赤十字病院の保有する私の個人情報について、上記のとおり開示を申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名：

患者との続柄：

住 所：

電 話 番 号：

※申請者が患者本人の場合は
住所以下省略可

*日赤使用欄

本人確認書類	運転免許証 健康保険被保険者証（ その他（ ）
内容確認書類	
担 当 部 署	課名：医療業務支援課 担当者：
備 考	