

開 示  
保 有 個 人 情 報 等 訂 正 請 求 書  
利 用 停 止

（あて先）

岐阜市病院事業管理者

請求者住所	請求する方の住所、氏名、（昼間に連絡が取れる）電話番号をご記入ください。
請求者氏名	
電話番号	

岐阜市個人情報保護条例第14条、第24条又は第29条の規定により、次のとおり請求します。

請 求 の 対 象	<input type="checkbox"/> 保有個人情報	診療録等の場合、「保有個人情報」にチェックをしてください
請 求 の 内 容 の 区 分	<input type="checkbox"/> 開 示 （ <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 郵送希望 ） 診療録の開示、写しを希望する場合「写しの交付」にチェック 郵送を希望する場合は「郵送希望」にチェック。送料は実費負担	
請 求 者 の 区 分 等	<input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 遺 族 等 <input type="checkbox"/> 代 理 人	
請求者が遺族等又は代理人の場合の本人保有個人情報等が記録された文書名	住 所	氏 名
	患者本人以外の場合：患者住所、患者名を記入してください	
	「診療録」または「カルテ」とご記入ください	
請求に係る個人情報の内容	開示を求める期間や内容を記入してください 例：平成〇〇年〇月～平成〇〇年〇月の医師記録、看護記録、検査データ、放射線画像	
訂正・利用停止の趣旨及び理由		

- （注）
- 1 該当する事項の□内にレ印を記入してください。
  - 2 請求者は、本人であることを証明するものを提示してください。
  - 3 遺族等の場合は、遺族等であることを証する書類を添付してください。
  - 4 代理人の場合は、代理権を有することを証する書類を添付してください。
  - 5 訂正を請求する場合は、訂正すべき事実の誤りを証する書類を添付してください。
  - 6 請求者が遺族等及び代理人の場合のみ、開示等の請求の対象となる者(本人)の住所及び氏名を記入してください。