

# 診療記録等 訂正・追加・削除申請書

医療法人八重瀬会 同仁病院 院長 殿

年 月 日

【申請者】氏 名

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

住 所

電話番号

下記の保有個人情報(診療記録等)について訂正・追加または削除を申請します。

(フリガナ)			患者ID	
患 者 氏 名				
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
申請内容	訂正・追加・削除の別	<input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		
	対象となる記録等			
	訂正・追加・削除を求める理由			

## 担当者記入欄

申請者確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証
	<input type="checkbox"/> 公的証明書( )
患者との関係	<input type="checkbox"/> 未成年の親権者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 代理人( )
申請者資格確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他( )

## (決裁欄)

院 長	局 長	部 長	主 治 医
同意・不同意	同意・不同意	同意・不同意	同意・不同意
月 日	月 日	月 日	月 日
(自署または押印)	(自署または押印)	(自署または押印)	(自署または押印)

受 付
月 日
(自署または押印)

【対応結果】 ☐訂正実施 ☐却下(理由: ) 処理日:

実 施	月 日	郵送・手渡し	確認	
費 用	月 日	不要・受領・未収	確認	

※個人情報保護委員会 承認／却下