

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	□ 申請者と同じ				
申請内容	訂正・追加・削除の別	□訂正	□追加	□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	□運転免許証	□マイナンバーカード	□パスポート	□健康保険証	
	□公的証明書()				
患者との関係	□未成年の親権者	□配偶者	□親族	□遺族	□代理人()
申請者資格確認	□戸籍謄本	□住民票	□委任状	□その他()	

(決裁欄)

院長	局長	部長	主治医	受付
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	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)	(自署または押印)

【対応結果】 訂正実施 却下(理由:) 处理日:

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