

個人情報請求者及び代理人調査票

患者番号 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日生  
〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

申 請 者

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日生  
〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

1. 患者様本人が開示請求できない理由（なるべく具体的にお書きください。）

2. 患者様との関係

- ① 法定代理人
- ② 配偶者
- ③ 1親等以内の親族（父・母・子）
- ④ 子の配偶者
- ⑤ その他（ ）

※下記の身分を証明する書類をご提示ください。

健康保険被保険者証・運転免許証・厚生年金手帳・国民年金手帳・パスポートなど