

個人情報に関する訂正・追加・削除請求書

年 月 日

(医療機関名)

院長殿

私は、貴院が保有する個人情報について、下記のとおり訂正・追加・削除（以下、訂正等）していただきたくよう請求いたします。

訂正等を求める 患者様	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住所		
	生年月日		
訂正等を希望する 内容等	訂正等希望個所を特定する記録文書 名、日付	具体的な訂正等の内容 訂正請求は客観的事実に関する記録に限ります	

請求者

氏 名

患者様との関係

住 所

電 話 番 号

(本人委任状)

私は、上記のとおり、(請求者) _____ に対して、
貴院が保有する私の診療記録の訂正等に関する一切を委任いたします。

患者様本人(自署) _____ 印

受付	院長	副院長	担当医		訂正実施	訂正可否
印	印	印	印			