

書式 6 - 1 開示請求回答書( 諾 )

\_\_\_\_\_ 殿

当院が保有する \_\_\_\_\_ 殿に  
関する個人情報の開示について

貴殿から開示請求書が提出されておりました標記の件については、下記のとおり開示することと決定いたしましたので、ご通知申し上げます。

開示対象  
となる記録

つきましては、\_\_\_\_月\_\_\_\_日までにあらかじめ当院にご連絡のうえ、当院窓口までお越しいただきますようお願いいたします。

なお、複写の実費として金\_\_\_\_\_円を申し受けます。ご来院時に現金にてお支払いいただきますようお願い申し上げます。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

( 医療機関名 ) \_\_\_\_\_

院 長 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_

書式 6 - 2 開示請求回答書(否)

\_\_\_\_\_ 殿

当院が保有する \_\_\_\_\_ 殿に  
関する個人情報の開示について

貴殿から開示請求書が提出されておりました標記の件については、誠に遺憾ながら、下記のとおりご希望にそいかなることと決定いたしましたので、ご通知申し上げます。

開示できない  
記録

- その理由 ( ) 本人又は第三者の生命・身体・財産その他の権利利益を害するおそれがあるため
- ( ) 当院の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがあるため
- ( ) 開示することが法令に違反するため

なお、この件についてご不明の点は、当院窓口までお尋ねください。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(医療機関名)

\_\_\_\_\_ 院 長

\_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_ 科