

診療情報開示（一部開示・非開示）決定通知書

第 号
年 月 日

様

医療法人社団鵬友会 ゆめが丘総合病院長 印

年 月 日付けで申請のありました診療情報開示申請については、次のとおり
開示することに決定しましたので、通知します。

1 開示申請書受理年月日	年 月 日
2 開示申請に係る診療情報の名称又は内容	
3 開示の種類 ☐全部開示 ☐一部開示 ☐非開示 非開示部分及び理由 【非開示部分】 【理由】	
4 開示の方法 ☐閲覧 ☐写しの交付（謄写） ☐要約書の交付 ☐口頭による説明	
5 開示の日時及び場所 日時 年 月 日 午前・午後 時 分 場所 ゆめが丘総合病院	
6 担当課 (電話番号 045-803-1601 内線)	

注 1 診療情報の開示を受ける際には、この決定通知書を提示し、併せて次の書類を提出又は提示してください。

- (1) あなたの身分を証明する書類（運転免許証、旅券等）
- (2) あなたが法定代理人であるときは、併せてその資格を証明する書類（戸籍謄本等）

注 2 当日ご都合が悪い場合は、あらかじめ担当課までご連絡ください。