別紙様式１

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日診療情報開示申出書　鳥取県立中央病院長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申出者　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　（　　　）-（　　 　）-（　 　　）　 以下の診療情報を開示してください。 |
| １　誰の診療情報が必要ですか | 住所：氏名：　　（生年月日：　　　　　　　　）申出者との関係： |
| ２　必要とする診療情報の内容　　右欄の該当するものに○印をし、いつのものが必要か〔　〕内に記入してください。 | 診 療 録〔　　年　 月　 日～　　年 　月　 日〕看護記録〔　　年　 月　 日～　　年 　月　 日〕検査記録（画像診断記録を含む） 〔　　年　 月　 日～　　年 　月　 日〕そ の 他（内容：　　　　　　　　　　　　　）　　　 〔　　年　月　　日～　　年 　月　 日〕 |
| ３　希望する開示の方法　右欄の該当するものに○印をしてください。 | 閲　覧　　・　　写しの交付 |

※あなた（申出者）が患者御本人でない場合は、原則として御本人の同意が必要になりますので、同意書を患者

　御本人により作成してもらってください。なお、患者御本人が亡くなっておられる場合等は別途必要事項が確

　認ができる書類が必要になります。詳しくは県立病院事務局にお尋ねください。

※この手続は「県立病院における診療情報の開示に関する指針」に基づいて行われるものであり、鳥取県個人情

　報保護条例（平成11年鳥取県条例第3号）に基づくものではないことを御了解の上、お申し出ください。