

	年　月　日
診療記録開示申出書	
鳥取県立中央病院長　様	
住　所 申出者　氏　名 連絡先(　　　-　　　-　　　)	
以下の診療記録を開示してください。	
１．だれの診療記録が必要ですか	住所： 氏名： （生年月日： 年 月 日） 申出者との関係：
２．必要とする診療記録の内容 右欄の該当するものに○印をし、いつのものがよいか〔〕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☑をしてくだい。	☐ 窓口での閲覧 ☐ 窓口での写しの交付 ☐ 写しの郵送

※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となりますので、裏面の同意書を患者御本人により作成してもらってください。(患者御本人が亡くなっている場合等は作成は不要となりますが、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記録の開示に関する指針」に基づいて行われるものであり、個人情報保護に関する法律（平成十五年法律第五十七号）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。

同 意 書

私は、_____が私に代わり、診療記録の開示を申し出ることに同意
します。

年 月 日

住 所

同意者 氏 名

連絡先()-()-()