別紙様式１

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日  診療情報開示申出書  　鳥取県立　　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．だれの診療情報が必要ですか | 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。

同　　意　　書

　私は、　　　　　　　　　が私に代わり、診療情報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(　　)－(　)－(　　　　)