

別紙様式 1

| | |
|---|---|
| 令和 年 月 日 | |
| <h2>診療情報開示申出書</h2> | |
| 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： 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。