様式第１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **診療情報開示請求書**  鳥取赤十字病院  　院長　竹内　裕美　様  　　私は、貴院が保有する下記の個人情報の開示を請求いたします。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 開示を希望する患者  　　　　　　　氏名等 | フリガナ |  | | | 患者氏名 |  | | | ＩＤ番号 |  | | | 住　所 |  | | | 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日生 | | | 診療科・区　分 | １．全　科　　２．　　　　　科 | | １．入　院　２．外　来 | | 期　間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | 開示を希望する記録等  (該当するものの番号を○で囲む) | １．診療録（スキャナされた内容も含む）  　２．検査記録・検査成績表・各種レポート・内視鏡画像  　３．エックス線写真・ＣＴ・ＭＲ  　４．看護記録  　５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　※上記１～４に該当しない内容のものについてはその他にご記入ください。 | | |   　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）患者との関係（　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　受取年月日　　　　　年　　　　月　　　　日　　受取者　氏名　　　　　　　　　　　　印  ※請求者が代理人の場合は、「委任状」を併せて提出してください。  ※自署であれば押印不要です。  ※請求者が患者本人である場合は、請求者欄の住所、電話番号は記入する必要はありません。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 院　長 | 副院長 | 副院長 | 副院長 | 看護部長 | 事務部長 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 診療部長 | 担当医師 | | 経営課長 | 医事課長 | 担当者 | | 受付者 |
|  | □ 同意する  □ 同意しない | |  |  |  | |  |