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 |  |  |  |  |