

別記第1号様式

診療記録等の開示申出書

申請日 年 月 日

市立函館病院長 様

住 所

(ふりがな)

氏 名

申請者 生年月日 年 月 日生

患者との関係

電 話

次の診療期間に係る診療記録等の開示を申請します。

診 療 期 間		診 療 科 名
年 月 日 ~	年 月 日 (入院・外来)	
年 月 日 ~	年 月 日 (入院・外来)	
年 月 日 ~	年 月 日 (入院・外来)	
年 月 日 ~	年 月 日 (入院・外来)	
画像検査 データ	上記診療期間における画像データについて 1. 必要 2. 不要	
受取方法	1. 来院 2. 宅配 (※ 宅配料は着払いとなります)	
申出者 が患者 本人 以外 の場 合	(ふりがな) 患者の氏名	
	患者の生年月日	年 月 日生 (歳)
	患者の住所	
備 考		

注 開示費用について

- ・ 診療記録等コピー作成費 : 30円 (A4コピー用紙 1枚あたり)
- ・ 画像検査データコピー作成費 : 2,200円 (CD-ROM 1枚あたり)

