

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

申出者の確認 (申出者は記入しないでください。)			
本人 確認 書類	1 運転免許証	2 旅券 (パスポート)	
	3 官公庁等身分証明書 (写真付き)	4 船員手帳	
	5 その他 ()		
	6 健康保険被保険者証	7 船員保険被保険者証	
	8 国民健康保険被保険者証	9 共済組合員証	
	10 老人保健法医療受給者証	11 厚生年金保険年金証書 (手帳)	
	12 国民年金年金証書 (手帳)	13 船員保険年金証書 (手帳)	
	14 共済年金証書	15 身体障害者手帳	
	16 申出書に押印した印の印鑑証明書		
	17 写真付き身分証明書 (会社, 学生証)		
	18 公の機関が発行した資格証明書 (写真付き)		
	19 その他 ()		
	法定 代理人 等の 確認 書類	1 戸籍謄本 (抄本)	2 住民票
		3 成年被後見宣告書	4 家庭裁判所の証明書
		5 その他法定代理関係を確認し得る書類 ()	
	確認者 印		

注 1 申出時の氏名が診療時の氏名と異なる場合は、旧姓等が確認できる書類を提示してください。

2 法定代理人等の場合は、本人であることおよび法定代理人等であることを証明する書類を提示してください。