

様式第 1 号（第 7 条関係）

診療情報提供申出書			
年 月 日			
小田原市立病院 病院長 殿			
(申出者)			
住所 〒			
ふりがな 氏名			
電話番号			
申出者区分 ☐ 患者本人 ☐ 遺族(法定相続人)			
☐ 法定代理人 ☐ 任意代理人			
次のとおり診療記録の開示を求めます。			
実施方法	☐ 閲覧 ☐ 写しの交付 ☐ その他 ()		
交付媒体	☐ 紙媒体 ☐ データファイル (PDF 形式)		
患者番号	— —		
ふりがな 患者氏名		生年月日	年 月 日
提 供 を 希 望 す る 内 容	☐ 診療記録 ☐ 画像 (X線、CT、MRI 等) ☐ その他 ()		
提 供 を 希 望 す る 診 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
備考			

注 1 ☐のある欄は、該当する☐内にレ印を記入してください。

2 申出者欄に記載された氏名、住所及び電話番号に開示決定連絡等を行いますので、正確に記載してください。

3 写しの交付には、各種記録はコピー(A 4 白黒片面印刷) 1 枚あたり10円、各種記録のデータファイルおよび画像はCD-R 1 枚あたり100円を申し受けます。また、文書作成は1通5,500円(税込)、面談は1回4,400円を申し受けます。

4 申出の際には、自動車運転免許証等、申出者本人であることを確認するために必要な書類の提出又は提示をしてください。

5 代理人が申出する場合は、4 の書類のほか、代理権を確認するために必要な書類の提出又は提示が併せて必要となります。

6 診療情報開示の受付及び受領は、平日の午前8時半分から午後5時までとさせていただきます。

7 開示決定の連絡から3か月を経過し、受領されない場合は開示請求は取り消しとさせていただきます。