

診療記録等開示に関する同意書

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
病院長 殿

(税抜)

開 示 手 数 料	1 件につき	3,000 円
-----------	--------	---------

診 療 記 録	複 写 し た も の	1 枚につき	50 円
	閲 覧 の 場 合	30 分につき (最長 1 時間)	3,000 円
画像 : X 線 ・ CT ・ MRI ・ エコー		CD-R 1 枚につき	1,000 円

注 1. 上記料金には、別途消費税がかかります。

注 2. なお、不開示となった場合、開示手数料は返金しかねます。

私は、上記のとおり診療記録の開示を請求いたします。

年 月 日

申込者 氏名 (自署) _____ (印)

受診者との関係 _____

(申込者が本人の場合は記入不要)

住 所 _____