

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

(税込み)

開示手数料	1件につき	3,300円
-------	-------	--------

診療録	複写したもの	1枚につき	55円
	閲覧の場合	30分につき(最長1時間)	3,300円
画像: X線・CT・MRI・エコー		CD-R 1枚につき	1,100円

医師の立ち会いのものの説明	1診療科1時間まで (超過加算30分につき)	13,200円 6,600円)
---------------	---------------------------	--------------------

注1. 消費税は含まれています。

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) _____

受診者との関係 _____

(申込者が本人の場合は記入不要)

住 所 _____