

診療記録開示請求に関する同意書

いまきいれ総合病院 院長殿

		(税込)	
開 示 手 数 料	～30枚まで 又はCD1枚につき		1,100円
	31枚～99枚		3,300円
	100枚以上		5,500円
診 療 録	<input type="checkbox"/> 複写 (紙)	1枚につき	10円
※希望の方にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> CD-R	1枚につき	2,200円
	画像：X線・CT・MRI 等	CD-R 1枚につき	550円
送 料		実費を頂きます	

私は、診療記録開示の申請にあたり、
診療記録開示要項の内容と診療記録開示請求に関する同意書について説明を受け、承諾いたします。

料金概算の連絡について

※必ずどちらかにご記入ください。記入がない場合は、希望しないと判断いたします。

希望する

希望しない

申込後のキャンセルは対応いたしかねます。ご了承ください。

返信用封筒等を同封される方へ

診療録は個人情報を含みますので確実に依頼者の手元に届けるため、

レターパックプラスや簡易書留等、直接お受け取りいただく方法で発送いたします。

これに準ずる返信用封筒や切手をご同封ください。不足がある場合は請求させていただきます。

ご了承ください。（レターパックプラスは追跡可能で且つ手渡し対応になります）

赤枠内へのご記入を
お願いします。

年	月	日
氏名（自署）		印
（申込者が本人の場合は記入不要）		
住所		
患者との関係		