

診療記録開示請求に関する同意書

上町いまきいれ病院 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～100枚	3,300円
		100枚以上	5,500円
診 療 録 ※希望の方にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 複写 (紙)	1枚につき	10円
	<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。

補足
カルテ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、
基本的にレターパックプラスで対応しています (520円)
(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)
レターパックプラス：重さ4kg 厚さ約3cmまで

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 _____