

## 診療記録等開示に関する同意書

ABC クリニック

院長 殿

(税別)

|       |        |                       |
|-------|--------|-----------------------|
| 開示手数料 | 1件につき  | 3,000円                |
| 診療録   | 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    | 1枚につき  | 300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、上記のとおり診察記録の開示を請求いたします。

令和 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 \_\_\_\_\_