

診療情報の開示についての本人同意書

新座志木中央総合病院 院長 殿

私は、

(代理人氏名)

(患者さまとの関係)

()

(住所)

(電話番号)

を代理人として、次の事項に同意します。

記

私に関する診療記録等の開示届出書の提出、閲覧・複写の交付を受けることについて同意します。

年 月 日

(※1 本人の自署のこと)

(※2 本人が自署出来ない場合は、代筆者の氏名も記載すること)

患者本人 _____ 印

住 所 _____

生年月日 _____ 年 月 日

※同意書のほかに、患者さまと代理人との関係、患者さまと代筆者との関係を証明する書類等の提示を求める場合がありますので、念のため申し添えます。

以上

診療情報の開示についての家族同意書

新座志木中央総合病院 院長 殿

私は、

(代理人氏名)

(家族さまとの関係)

()

(住所)

(電話番号)

を代理人として、次の事項に同意します。

記

患者氏名

_____に関する診療記録等の開示届出書の提出、
閲覧・複写の交付を受けることについて同意します。

年 月 日

患者家族 _____ 印

患者様との関係 _____

住 所 _____

生年月日 _____ 年 月 日

※同意書のほかに、患者さまと家族さまとの関係、家族さまと代理人との関係を
証明する書類等の提示を求める場合がありますので、念のため申し添えます。

以上