

診療記録の開示に関する同意書

私（患者様氏名）_____は、本同意書を持参しました

法人名又は代理人名 （法人の場合実際に代理人となられる方の氏名をご記入ください）	法人名 代理人名
（患者様本人との続柄）	

上記の方に対し、

私に関する受診歴の有無を照会すること、および受診歴がある場合には、診察または治療した医師が傷病内容（病名・症状・治療内容・検査結果・入院通院歴・既往傷病歴等）に関して説明し、その証明書（診断書等）の発行、診療録などの開示・提供することを同意します。

令和 年 月 日

医療法人松田会 エバーグリーン病院 院長殿

患者様本人	住所	〒		
	患者様氏名（自署）	⑩		
	生年月日	（大正・昭和・平成）	年	月 日