

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

上記の方に対し、

私に関する、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）、その証明書（診断書等）、診療録などの開示代行を依頼しました。

（注意）開示した諸記録は以下に記入された、患者様の自宅に書留で発送いたします。

代理人の方へお渡しすることは、個人情報保護の観点から出来ません。

年 月 日

医療法人松田会 八木山整形外科クリニック 院長殿

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

（以下松田病院での記入欄）

患者様への同意書記入確認欄 （確認方法 確認者 _____）