

診療録等の開示に関する同意書

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参しました

（法人名または代理人名）

_____ 印

（法人の場合・・・実際に代理人となられる方の氏名を記入して下さい。）

（患者本人との続柄）_____に対して、

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・入通院歴・既往傷病歴など）に関して説明し、その証明書（診断書等）の発行、診療録等の開示・提供をすることを同意します。

なお、同意した代理人を介し情報漏洩など不測の事態が生じた場合の責任は、私本人と代理人にあることを承知いたします。

年 月 日

国保依田窪病院 病院長 殿

患者本人 住 所 _____

氏 名（自署） _____ 印

生年月日（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日生