

## 診療情報（カルテ等）開示に関する同意書

医療法人 三井会  
神代病院 院長 殿

年 月 日

下記の者に、貴院が保管している私に関する診療情報（カルテ等）を定めに基づき開示することに同意します。

(患者本人)

氏名(自署) : \_\_\_\_\_ 印  
\_\_\_\_\_  
住所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

記

(法定・任意代理人)

氏名 (自署) : \_\_\_\_\_ 印  
\_\_\_\_\_  
住所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

申請者との関係 : \_\_\_\_\_

(注) 同意書の他に、①法定代理人の身分証の写し、②患者本人と代理人の関係を証明する書類等の添付が必要です。