

診療情報開示に関する同意書

島根県立中央病院長

年 月 日

【患者本人】

氏名（自署）_____

生年月日_____

住所_____

電話番号_____

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

【代理人】

氏名（自署）_____

住所_____

電話番号_____

申請者との関係_____

※同意書の他に、①患者本人の身分証の写し、②法定代理人の身分証の写し、③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。