

(別紙 1)

診療情報(カルテ等)開示に関する同意書

伊勢赤十字病院長 殿

令和 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

家族(患者との関係:)・法定代理人・任意代理人	印
氏名(自署):	
〒 - 住所:	
電話番号:	- -

(注)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(戸籍謄本)等の添付が必要です。