

診療記録開示 申請同意書

※対象となる患者様以外が申請する場合は、患者様ご本人に同意をいただいでください

大分健生病院 院長殿

代理人 氏名 _____
住所 _____
電話番号 _____

上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

1. 上記代理人が診療記録(カルテ)等の閲覧・複写を申請することに同意します。
2. 上記代理人が診療記録(カルテ)等の交付を受けることに同意します。

委任者 氏名 _____
生年月日 _____
住所 _____
電話番号 _____

(注) ①患者本人の身分証の写し、②代理人の身分証の写し、③戸籍謄本(3か月以内に発行されたもの)等、申請者と患者との続柄を公的に確認できる書類の添付が必要です

※身分等の証明やご本人様の意思確認のため、当院から委任者へ連絡をさせていただくことがあります。

_____年 月 日

患者ご本人署名 _____