

開 示 同 意 書

※記入例

社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院 様

年 月 日

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

〒
(患 者) 住 所
氏 名 ①
電話番号

記

(法定代理人)

住 所
氏 名
間 柄 (患者 (私) からみて)

①

長男様

住 所
氏 名
間 柄 (患者 (私) からみて)

①

住 所
氏 名
間 柄 (患者 (私) からみて)

①

奥様
ご姉弟様

住 所
氏 名
間 柄 (患者 (私) からみて)

①