

開示同意書

私は申請者 _____ に対し、私の診療記録等が開示されることに同意します。

西暦 年 月 日

患者本人署名（自筆）： _____ ⑩

※未成年を含めて患者の判断能力に疑義がある場合は、配偶者、血族の三親等、姻族の二親等以内の親族が代理で同意することができる。

代理人署名（自筆）（患者との関係）： _____ ⑩（ ）

代理署名者の住所： _____

代理署名者の電話番号： _____