

# 同意書

知多厚生病院 病院長宛

同意内容：

開示を同意する期間  年 月 日から 年 月 日
開示を同意する診療科 ○をつけてください すべての診療科  内科 小児科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻いんこう科
同意日  年 月 日
署名

以下に指定する代理人が、同意した期間および診療科の、私に関する受診歴の有無を照会し、診療録、検査結果について開示、提供することを同意します。

代理人

法人名または代理人名
法人の場合担当者名
患者本人との続柄

同意日が開示を同意する期間の終了日よりも後であることを確認してください。

記入時の注意 すべてが必須項目です。空欄がないように記載してください