

同意書

JA 愛知厚生連 知多厚生病院 病院長 殿

【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
同意年月日 年 月 日 署名（自署）

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、診療記録等について開示、提供することに同意します。

【代理人】

代理人名
※法人の場合は法人名を記載
患者本人との続柄

(記載時の注意事項)

※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

※同意年月日より前の期間の記録しか開示できませんので、必ず同意年月日が「開示を同意する期間」よりも後であることを確認してください。