

開 示 同 意 書

年 月 日

医療法人徳洲会
白根徳洲会病院 院長 殿

(患 者)

住 所

氏 名

印

生年月日

私（患者）は、貴院が保管している私の診療に関する診療情報について、下記の者に対して開示・提供することに同意します。

なお、同意した代理人を介し情報漏洩など不測の事態が生じた場合の責任は、私本人と代理人にあることを承知いたします。

(代 理 人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

患者との関係 _____

※同意書のほかに、患者様と代理人の方との関係を証明するものの提出を求める場合があります。