

(別紙2)

## 診療情報（カルテ等）開示に関する同意書

大阪掖済会病院 病院長 殿

令和 年 月 日

下記の者に、貴院が保管している私に関する診療情報（カルテ等）を定めに基づき開示することに同意します。

### （患者本人）

氏名（自署）： \_\_\_\_\_ 印

〒

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

記

### （法定・任意 代理人）

氏名（自署）： \_\_\_\_\_ 印

〒

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

申請者との関係： \_\_\_\_\_

（注）同意書の他に、①患者本人の身分証の写し、②法定代理人の身分証の写し、③患者本人と代理人の関係を証明する書類等の添付が必要です。