

同 意 書

滝川市立病院長 様

(患者本人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

下記の者が私に関する診療記録等の開示の申出をし、開示を受けることに同意します。

申 出 (開示) 内 容	
開 示 方 法	1 診療記録等の閲覧 2 診療記録等の写しの交付 3 その他 ()
診療記録等の内容	診療録・看護記録・検査記録・手術記録・X線写真 その他 ()
患者本人が開示を希望しない情報	

(同意された者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(患者との関係) _____