

同意書

私は、（請求者氏名）（患者本人との関係：）が

私に関する診療情報の閲覧を請求し、謄写を受ける事を同意します。

請求者住所：

電話番号：

年 月 日

*** 下記項目は必ず同意者（患者さま本人）が自分でお書きください。**

同意者（患者本人 住所）

氏 名：（印）

生 年 月 日： ☐ 明治・☐ 大正・☐ 昭和・☐ 平成・☐ 令和 年 月 日

電 話 番 号：