

診療記録の提供に係る同意書

年 月 日

宇和島市立津島病院
院長 様

【患者本人】(住所) _____

(氏名) _____ (印)

(生年月日) _____ 年 月 日

(電話番号) _____ — —

私は、下記の者が宇和島市立津島病院における私自身の診療記録の提供を請求することについて同意します。

1. 請求者	氏名 【 _____ 】
	患者との関係 【 _____ 】
	住所 【 _____ 】
	電話番号 【 _____ 】
2. 代理請求の理由	
3. 開示方法	☐ 閲覧 ☐ 写しの交付
4. 開示を希望する範囲	☐ 入院 ☐ 外来
	診療科 【 _____ 】
	期間 【 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日 】
	☐ カルテ ☐ 処方内容 ☐ 手術記録 ☐ 検査所見 ☐ 画像記録 ☐ 看護記録 ☐ その他 【 _____ 】