

診療記録等の開示に関する同意書

社会福祉法人仁生社

江戸川病院 院長殿

メディカルプラザ江戸川 院長殿

代理人

氏名： _____ (続柄) _____

住所： _____

連絡先： _____

私は、上に掲げる者を代理人と定め、診療記録等の開示に関する申請および受領について、
一切の権限を同意します。

同意者（患者名：自署）

同意日： _____ 年 ____ 月 ____ 日

氏名： _____ (患者 ID) _____

住所： _____

連絡先： _____

※ 同意者（患者本人）が自署できない場合は、その理由を下記に記載してください。

（代筆者氏名： _____ 続柄： _____）

《注意事項》

- ※ 代理人の方は、本同意書の原本と併せて、ご自身の身分証明を必ずご持参ください。
- ※ お亡くなりになられた方の診療録等の開示を申し込まれる場合、ご自身の身分証明書の他、ご本人との続柄等が確認できる証書（戸籍謄本等）も必要になります。
- ※ 本同意書及び身分証明書、その他の必要書類のご持参がない場合、上記事項に対応できませんので、ご了承ください。また、本同意書をご提出できない場合は、患者本人に確認のご連絡をさせていただくことがあります。
- ※ 本同意書の有効期限は、同意日の翌日から起算して 90 日以内とします。