

記入例

の開示に関する同意書

下記を参考にして記入してください。

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： 江戸川 次郎 (続柄) 息子

住所： 東京都江戸川区〇〇〇1-23-456

連絡先： 03-XXXX-XXXX

私は、上に掲げる者を代理人と定め、診療記録等
一切の権限を同意します。

修正液、修正テープ、消えるボールペンでの
記入は不可となっております。

同意者（患者名：自署）

同意日： 2022 年 1 月 1 日

氏名： 江戸川 太郎 (患者 ID) 123456

住所： 東京都葛飾区□□□1-23-456

連絡先： 03-〇〇〇〇-XXXX

※ 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： 江戸川 次郎 続柄： 息子 ）

患者本人が自署できない理由をこちらにご記入ください。（例：手が不自由なため）

《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その他、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。