

## 同 意 書

今般、産業医科大学病院において、私の診療情報にかかわる下記

(続柄を記入)

(氏名を記入)

の項目について、私の \_\_\_\_\_ である \_\_\_\_\_ が

開示を受けることを同意いたします。

### 記

開示項目（該当する番号を○で囲んでください。）

- 1 診療情報を閲覧すること。
- 2 担当医師から説明を受けること。
- 3 複写（印刷）した診療情報を、受領すること。

産業医科大学病院長 殿

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_