

同意書

今般、産業医科大学病院において、(氏名) _____ の診療情報にかかわる下記の項目について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 _____

患者との続柄 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 () _____ - _____

携帯電話 _____

委任状

私は、 _____ を診療情報開示請求代理人と定め、同意書に記載する開示項目にかかわる権限を委任いたします。

年 月 日

産業医科大学病院長 殿

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(代理人の住所および氏名)

郵便番号 〒 _____ - _____

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____ - _____

携帯電話 _____