

# 診療情報（カルテ等）開示に関する同意書

医療法人社団あんしん会あんしんクリニック住吉  
院長 殿

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

下記の申請者に、貴院が保管している私に関する診療情報（カルテ等）を定めに基づき開示することに同意します。

患者氏名

氏名：\_\_\_\_\_ 生年月日：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

〒

住所：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

記

申請者

氏名：\_\_\_\_\_

〒

住所：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

患者との関係：\_\_\_\_\_