様式２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療記録等開示同意書  令和　　年　　月　　日  　愛知県精神医療センター院長殿  患者本人氏名(自署)  　私は、自己に関する診療記録等について、下記の者に開示することに同意します。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | １　開示することに  同意する相手方 | 氏　　名 |  | | 住　　所  電話番号 | （　　　　－　　　　―　　　　） | | ２　開示対象の範囲  （〇で囲む） | 1. 全て 2. 全て（画像除く） 3. 一部［ 診療録・検査記録・検査結果報告書・エックス線等の写真・看護記録・処方内容、   　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）］ | | | ３　備考 |  | | |
|  |