

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 (○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		