

カルテ開示同意書（患者様用）

こばやしクリニック殿

平成 年 月 日

私は、こばやしクリニックが行っているカルテ開示について下記の説明を受け、その趣旨、内容について理解のうえ、カルテ開示に同意します。

カルテ開示の趣旨、内容について説明を受けた事項 (内容を確認の上、□内にチェックを入れてください。)	
<input type="checkbox"/> 診療情報の他医療機関への提供	<input type="checkbox"/> 入会および同意申請の流れ
<input type="checkbox"/> 個人 ID、パスワードの管理	<input type="checkbox"/> 同意の中止と再開について
<input type="checkbox"/> その他 ()	

申込者記入欄（ご本人による同意の場合）

ふりがな		性 別	生 年 月 日
患者様氏名	Ⓜ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	M・T・S・H 年 月 日
現 住 所		電 話 番 号	
(〒 -)		(- -)	

代理人記入欄

ふりがな		性 別	患 者 様 と の 続 柄
代理人氏名	Ⓜ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
現 住 所		電 話 番 号	
(〒 -)		(- -)	