

診療情報提供同意書

(診療情報提供申請書に記載の申請者)

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

貴院における私（患者本人）の診療情報に関して、上記の者に対する下記の事項について同意します。

記

1. 診療情報の提供（カルテ開示）の請求に関する権限
2. 診療情報の提供（カルテ開示）の提供の決定と提供の方法、その他法令、政令、条例等で定める事項を申し出る権限及び提供の実施を受ける権限
3. 診療情報の提供（カルテ開示）に関する全部開示又は一部を開示しない旨の決定を受ける権限
4. 診療情報の提供（カルテ開示）に関して提供までの期限延長に関する通知を受ける権限
5. 診療情報の提供（カルテ開示）の提供の実施した後の管理に関する権限

年 月 日

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 病院長 殿

(同意者 ※患者本人)

氏名 _____

⑩

住所 _____

電話番号 _____