

カルテ開示に関して、患者さんご自身が同意等の判断が困難な場合は同意書の提出は不要ですが、患者さんの障害等がわかる認定証などのご提示（写し）が必要です。

様式 2

## 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 \_\_\_\_\_