

診療録等開示同意書

医療法人新光会
横浜みのりメンタルクリニック
院長 吉岡 正哉 殿

年 月 日

下記のとおり、診療記録等診療情報開示を申請いたします。

下記の者（法定代理人）に、貴院の患者である私（患者）に関する診療録等を開示することに同意します。

【患者】

氏名

生年月日 年 月 日

住所 〒

電話番号

【法定代理人】

氏名

委任者（患者）との関係または続柄

生年月日 年 月 日

住所 〒

電話番号