

同意書

さいたま赤十字病院

院長 清田 和也 様

私 _____ は、 _____ に対し、貴院が保有する診療記録を開示（閲覧・謄写の交付）されることに同意いたします。

記

患者氏名

生年月日

年 月 日

住所

氏名

続柄

生年月日

年 月 日

同意書

さいたま赤十字病院

院長 清田 和也 様

私 患者さん本人の氏名 は、請求される方の氏名 に対し、貴院が保有する診療記録を開示（閲覧・謄写の交付）されることに同意いたします。

記

患者氏名

開示請求の対象となる患者さんについて
ご記入ください。

生年月日

年 月 日

こちらもご記入ください

住所

氏名

続柄

生年月日

年 月 日

誠にお手数ですが、本紙については、
患者さん本人によるご記入をお願いいたします。