様式２

診療記録等開示同意書

令和　　年　　月　　日

あいち小児保健医療総合センター長殿

患者本人氏名(自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、自己に関する診療記録等について、下記の者に開示することに同意します。

１　開示することに同意する相手方	氏　　名	
	住　　所 電話番号	（　　－　　―　　）
２　同　意　す　る開示対象の範囲	（1）診療録全て （2）診療録全て（画像除く） （3）一部［診療録・手術記録・麻酔記録・検査記録・検査結果報告書 エックス線等の写真・看護記録・処方内容 退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約 その他（　　）］ 対象期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）	
３　備　　考		