様式第2号（2－(2)－3関係）

診療記録の提供に係る同意書

（西暦）　　　年　　月　　日

　宇和島市病院事業管理者　様

【患者本人】（住所）

　　　　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　（生年月日） 　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　（電話番号）　　　　―　　　　―

　私は、下記の者が市立宇和島病院における私自身の診療記録の提供を請求することについて同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| １．請求者 | 氏名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 患者との関係【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 住所【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 電話番号【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| ２．代理請求の理由 |  |
| ３．開示方法 | □　閲覧　　　　　□　写しの交付 |
| ４．開示を希望する範囲 | □　入院　　　　　□　外来 |
| 診療科【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 期間【　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日】 |