

開 示 同 意 書

医療法人社団サンクファイレ

下北沢整形外科リウマチ科クリニック

院長 植田進一朗殿

西暦 年 月 日

下記の者に、貴院が保管している患者である\_\_\_\_\_に関する診療  
録等を開示することに同意します。

(患者様)

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 年 月 日

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

記

(法定代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 年 月 日

法定代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

委任者（患者様）との関係又は続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_