

# 診療録等開示同意書

医療法人社団 研和会  
のむら ひふ科 耳鼻咽喉科 甲状腺クリニック  
院長 野村 研一郎 殿

西暦 年 月 日

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】

住所 〒 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

## 【法定代理人】

住所 〒 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

委任者（患者）との関係または続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_