

診療記録等診療情報開示に関する同意書

私は診療情報を開示した結果、予期し得ない病名等(進行性悪性新生物、精神疾患等)の存在を知ることになっても、貴院に対し一切の異議申し立てしないことを誓約し、自己責任において診療情報の開示を希望することを宣言し、署名・捺印致します。

西暦 年 月 日

患者本人(自署) _____ 印