

診療情報の提供に係る同意書



【患者本人】(氏名) _____

(住所) _____

(電話番号) _____

(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、下記の者が _____ センターにおける私自身の診療情報の提供を申し出ることについて同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

記

1. 申出に係る診療情報の内容		
2. 申出者	氏名	
	患者本人との関係	
	住所	
	電話番号	

ア. 患者本人の氏名は必ず自署して下さい。

イ. 患者本人の同意を得た者として申出する場合は、必ず本人の同意書に患者本人の実印を押印のうえ、同時に患者本人の印鑑登録証明書もあわせて提出してください。