

# 診療情報提供に関する同意書

相原病院長 殿

私は、申出者 \_\_\_\_\_ に対して、  
貴院が保有する \_\_\_\_\_ に関する  
診療情報が提供されることに同意致します。

## 【 同意人欄 】

同意日	年	月	日
氏名			⑩
患者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> その他 (		
住所	〒 -		
電話番号	( ) -		

※原則、患者様本人が同意人となります。本人の署名・捺印をお願い致します。

※患者様が未成年の場合は、親権者が同意人として署名・捺印をお願い致します。

※患者様が本人の事情により記載ができず、関係者が同意人として記載される場合は、

「患者との続柄」欄に続柄を記載の上、関係者の署名・捺印をお願い致します。