

診療情報を提供することの同意書

医療法人寿鶴会 菅野病院

院長 菅野 隆 殿

令和 年 月 日

私は、医療法人寿鶴会 菅野病院における私自身の診療の情報を、下記に記載した者に情報提供することに、同意いたします

① 患者本人 _____

住 所 _____

電話番号 _____

氏名(自署)

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

② 私の代わりに情報提供を受ける者は

氏 名 _____

私との関係 _____

住 所 _____

電話番号 _____

〈ご注意〉

- 1.本同意書は、患者さん本人がご自分で作成してください
- 2.本同意書のほかに、患者さんと代理人との関係を証明する書類の提出を求める場合があります。