

診療情報を提供することの同意書

私は、佐久市立国保浅間総合病院における、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

年 月 日

患者本人

住 所

氏 名 (自署)

生 年 月 日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日

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

<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