

## 個人情報に関する同意書

藤井脳神経外科病院長 殿

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 (明・大・昭・平・令) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者との関係 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

私は、上記の者が貴院に対し私の傷病に関する照会を求めるにあたって、以下に記載する私の個人情報を提供することについて同意します。

### 記

- 1、私の傷病に関する診断書・診療報酬明細書・その他の証明書を提供すること。
- 2、私の傷病の原因・症状・既往症・治療内容等について説明すること。
- 3、私の傷病・既往症に関する診療記録・検査資料を貸し出すこと、または写しを提供すること。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(同意人)

住 所 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 (明・大・昭・平・令) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※代理人の方は、ご自身の身分を証明するもの（運転免許証・健康保険証等氏名・住所を証明できるもの）をご提示するようお願いいたします。その際窓口にてコピーを取らせていただきます事をご了承ください。

※当同意書に記載された個人情報は、上記手続きにのみ利用いたします。