

# 診療情報提供同意書

平成 年 月 日

## 【患者】

住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日（明大昭平） 年 月 日生まれ

私（患者本人） \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参した  
下記代理人 \_\_\_\_\_ に対して、私の病気についての診  
断及び治療内容に関する診療情報について提供することに同意いたします。

## 【代理人】

住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日（明大昭平） 年 月 日生まれ

患者との関係（続柄） \_\_\_\_\_

※同意書の他に双方の本人確認書類（保康保険証・運転免許証など）の**原本を**  
必ずご持参下さい。