

# 診療情報開示に関する同意書

年 月 日

医療法人社団光仁会 木島病院

院長 竹内 尚人 殿

私は、医療法人社団光仁会 木島病院 における私に関する診療情報等を、  
下記に記載した者に情報提供することに同意します。

(患者ご本人)

住所：〒 \_\_\_\_\_

氏名 (自筆)： \_\_\_\_\_ 印

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

電話番号： \_\_\_\_\_

記

(私の代わりに情報提供を受ける者)

住所：〒 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

電話番号： \_\_\_\_\_

続柄 (患者ご本人からみて)： \_\_\_\_\_

## 【ご注意】

- ・ 本同意書は、患者さん本人がご自分で作成して下さい。
- ・ 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。