

# 診療情報提供等に係る同意書

年 月 日

院長 殿

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、市立三次中央病院にある私に関する診療情報を貴院に提供すること及びその費用を後日、市立三次中央病院にて支払うことに同意します。

患者 注1	氏名	(自筆)
	住所	〒
親族 注2 (後見人等)	氏名	(自筆) (患者との続柄)
	住所	〒

注)

1. 患者の欄は、本人が自筆して下さい。病状等により本人が記入できないときは付き添いの方などが代筆して下さい。
2. 患者が、未成年者又は意識障害者等については、その親族、後見人、扶養義務者等が記入して下さい。

医療機関名 \_\_\_\_\_

歯科医師名 (自筆又は印) \_\_\_\_\_