

診療情報の開示申込 及び 個人情報開示等 同意書

国家公務員共済組合連合会

佐世保共済病院 院長 殿

下記の通り、貴院が保有する診療情報を 申請者に対して提供することに同意します。

記

- ① 私の傷病に関する 診断書・診療報酬明細書・その他の証明書の交付
- ② 私の傷病の原因・症状・既往症・治療内容等についての説明
- ③ 私の傷病・既往症に関する診療記録・画像検査を含む検査資料の複写の提供
- ④ 申請者からの診療情報提供に関する依頼文書による情報提供

以 上

記載日：平成 年 月 日

| | |
|---------------|---|
| ※ 同意人(患者)名 | ① |
| 住 所 | 〒 |
| 生 年 月 日 | (大正 ・ 昭和 ・ 平成) 年 月 日 歳 |
| 申 請 者 名 | <input type="checkbox"/> 親権者 ② |
| | <input type="checkbox"/> その他(続柄：) ③ |

○太枠線内には、患者様ご本人のご署名・ご捺印をお願いします。

※ 満 15 歳未満の未成年の場合は、太枠線内 同意人(患者)名欄のみ記入(捺印は不要)とし、申請者名 親権者欄にし点、親権者のご署名・ご捺印をお願いします。

※ 事情によりご本人にて記載できないため 関係者にて代筆される場合は、太枠線内は同意人(患者)名欄のみ記入(捺印は不要)とし、申請者名のその他欄にし点、関係者のご署名・ご捺印をお願いします。