

同 意 書

年 月 日

稲城市病院事業管理者 殿

患者ご本人 住所

氏名

(署名又は記名押印してください。)

電話

私は、稲城市立病院が保有する私に係る診療情報について、下記の者が
・稲城市立病院における医療情報の提供に関する規程に基づく
情報提供の申出をすることについて同意します。

記

1 情報提供の申出をする方	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
	そ の 他 連 絡 先	
2 患者ご本人との関係 (○で囲む)	(1) 未成年者である患者ご本人の法定代理人 (2) 実質的に患者ご本人のケアを行っている家族（配偶者・子・父母） (3) 実質的に患者ご本人のケアを行っている同居の親族・内縁関係の方	

注1 この同意書は、患者ご本人が未成年者であっても満15歳以上のときは、ご本人以外の方が情報提供申出をすることについて、患者ご本人の意思を尊重するために提出していただくものです。
2 この同意書は、原則として患者ご本人が記載してください。