

# 診療情報提供についての同意書

市立豊中病院 病院長 殿

下記の医療機関に、市立豊中病院が保有する私の診療情報を提供することに同意します。また、診療情報の提供にあたり、診療情報提供料（1,500円\*自己負担割合）の支払いが発生すること、その支払いにあたり保険証番号等の確認が必要な場合は、下記保険情報を利用することに同意します。

提供医療機関名： \_\_\_\_\_

患者氏名： \_\_\_\_\_

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

同意日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者本人署名： \_\_\_\_\_

【代筆者が記載する場合】

患者本人が署名できない理由（ \_\_\_\_\_ ）

住所（施設名）： \_\_\_\_\_

署名： \_\_\_\_\_ 患者との関係： \_\_\_\_\_

註：患者が自分で記載できない状態のとき、または、急を要するときは、必ず患者本人の同意を確認した上で代筆者が必要事項を記載し署名してください。

患者が未成年の場合には、親権者の署名が必要です。

それぞれ、自筆でご署名ください。

保険証確認欄（市立豊中病院を直近1ヶ月以内に受診していない方はご記入ください。）

保険証番号：	公費番号：
記号・番号： _____	番号： _____
有効期限： _____ 年 _____ 月 _____ 日	有効期限： _____ 年 _____ 月 _____ 日