

診療情報を提供することの同意書

医療法人博愛会松倉病院（社団）

院長 東山 一郎 殿

令和 年 月 日

① 患者情報

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

住所 _____

② 同意人

氏名 _____ ⑩ 患者様との関係 本人 家族 (_____)

住所 _____

③ 提供書類

リハビリテーション関連書類（リハビリテーション実施計画書、目標設定支援管理シート等）

その他 (_____)

私は、医療法人博愛会松倉病院（社団）における私自身の診療の情報を、下記に記載した者に情報提供することに、同意いたします。

④ 代理に情報提供を受ける者

氏名 _____

施設名等 _____

住所 _____ 電話番号 _____

<ご注意>

1. 本同意書は、原則として患者さん本人（又はご家族）がご自分で作成してください
2. 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ことがあります。