

※当書は、病い又は障害者の方の同意書に代わり、同意者（ご本人）が同意書に署名・捺印し、関係機関が同意書に署名・捺印し、同意書に捺印するものとします。

<ご記入上の注意>

- ①被保険者(患者)様が成人の場合・・・本書は、被保険者様の自署及びご捺印をお願いします。
- ②被保険者(患者)様が未成年の場合・・・本書は、親権者もしくは後見人様がすべてご記入・ご捺印下さい。
- ③(ボール)ペンで全事項を記入し、スタンプ印 以外の印で捺印下さい。
- ④記入内容の訂正は二重線を引き、その上に捺印して訂正下さい。なお、印刷部分の変更は認められません。

および既往症歴、既往症の初診日、治療日、治療期間などに関して、診療録(カルテ)、診療報酬明細書(レセプト)、検査画像や検査等の開示や診療費などの各種証明書類の交付を受ける事および各種証明書類の交付を拒否しないこと、同意書に署名・捺印すること、本書の交付は本書に署名・捺印した本人またはその代理人によるものとします。

被保険者(=患者)様の<住所><氏名><氏名フリガナ><生年月日>をご記入ください。

【被保険者】

(=患者)

(1)住所 神奈川県横浜市西区みなとみらい

19-55-8 桜木マンション203

(2)氏名 東京 太郎

(3)氏名フリガナ トウキョウ タロウ

(4)生年月日 1980 年 12 月 31 日生

【同意人】とは被保険者(=患者)様の情報の開示を許可する方になります。

- ①被保険者(患者)様が成人の場合・・・被保険者様の自署及びご捺印をお願いします。
- ②被保険者(患者)様が未成年の場合・・・親権者もしくは後見人様がすべてご記入・ご捺印下さい。

【同意人】

(5)住所 神奈川県横浜市西区みなとみらい

19-55-8 桜木マンション203

(6)氏名 東京 太郎

東京

(7)生年月日 1980 年 12 月 31 日生

(8)上記被保険者(=患者)との関係 本人 その他→

(9)記入日 2013 年 6 月 9 日