同　意　書

私は、　代理人氏名　　（委任者との続柄：　　）

代理人住所

代理人電話番号

が、私に関する診療情報の提供を申し出て、閲覧する又は写しの交付を受けることについて同意します。

同意者（患者本人）

氏　　名　　印

生年月日　　年　　月　　日

住　　所

令和　　年　　月　　日

法定代理人が申し出をする場合であって、患者さん本人が１５歳以上であるときは、原則として、患者さん本人の同意が必要です。この書類は、患者さん本人が記載をしてください。

代理人は、同意書とともに次のものを提示してください。

代理人の本人確認ができるもの（運転免許証等の現物）

事実が証明できるもの（戸籍謄本など）