

同意書

島根大学医学部附属病院 殿

令和 年 月 日

(患者氏名) 署 名 _____ 印

住 所 _____

大・昭
生年月日 平・令 年 月 日

※患者が未成年または意思を表明できない場合は代理人の署名をお願いします。

(代理人署名) _____ 印 (続柄 _____)

住 所 _____

(第三者氏名) _____ 印

住 所 _____

この度、私 _____ は下記の書類について、
第三者である _____ が診療情報を受領する
ことに同意します。

記

診断書 _____

通