

愛知県厚生農業協同組合連合会  
渥美病院 御中

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

## 診療情報提供に関する同意書

私は、貴院が保管している下記患者（故人）の診療情報を下記代理人に対して開示・提供することに同意します。また、代理人を介して情報漏洩など不測の事態が生じた場合の責任は、私本人と代理人に生じることを了承いたします。

### 【患者】

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

### 【代理人】

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

委任者との関係： \_\_\_\_\_

※保険会社や弁護士事務所の名称をご記入ください

### 【委任者】

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

※直筆での署名又は記名押印

患者との関係： \_\_\_\_\_