

診療情報などの開示に関する同意書

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参いたしました。

（代理人名）_____ 印

（患者本人と続柄）_____（代理人生年月日）_____に対して、

私に関する受診歴の有無を照会すること、受診歴がある場合には、診察または治療した歯科医師が傷病内容（病名、病状、予後、治療内容、検査結果、治療方針、合併症の有無・内容、通院履歴、既往症・病歴など）に関して説明し、その証明書（診断書等）の発行、診療情報等の開示・提供をすることを同意いたします。

なお、同意した代理人を介して、情報漏洩など不測の事態が生じた場合の責任は、私本人と代理人にあることを承知いたします。

令和 _____年 _____月 _____日

さいとう歯科クリニック

院長 _____ 殿

患者本人 住 所 _____

氏 名（自著） _____

生年月日 _____