

(様式第6号)

個人情報 の 取扱い に関する 同 意 書

年 月 日

主 治 医 殿

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

患者様との関係

[本人・配偶者・法定相続人・その他 ()]

患者様の 住 所 _____

氏 名 _____ 年 月 日生

(注) 同意人が患者様本人の場合は、記入は不要です。

私の傷病について愛媛県市町総合事務組合（支部を含む。）の職員が、
下記の行為を行うことに同意します。

記

私が診察・検査を受けた医師または医療機関から診断・診療内容・検査
結果・既往症病歴について説明を受けること。

また、必要に応じ以下の資料の交付または貸し出しを受けること。

1. 診断書・診療報酬明細書
2. レントゲン写真・CT・MRIなどの検査資料

なお、本同意書の複写も本同意書と同じ効力があるものと認めます。

以 上