

診療情報提供依頼同意書

(セカンドオピニオン用)

医療法人 蒼龍会
武蔵嵐山病院 殿

私は、診療情報提供依頼者である

_____ (ご依頼者様氏名)(続柄) _____ に対して

貴院担当医師が私の疾病についての診断および治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べ、他医療機関提出用の診療記録謄写の提供および診療情報提供書を作成される事に同意致します。

平成 年 月 日

生年月日(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生

患者様氏名 _____

印