

(様式第1)

## 診療情報提供についての同意書

稲沢市民病院長 様

私は、稲沢市民病院が下記の者に、私の診療情報を提供することに同意します。

記

氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
(患者本人との関係 : \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ - ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

年 月 日

患者本人氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
(自筆のこと)

生年月日 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ - ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_