

診療情報開示同意書について

診療の内容はその方の個人的な情報ですので医師はそのことを他の方にお話しをすることは原則として禁じられています。したがって、ご家族といえどもお話しは出来ないことになっています。

ただし、ご本人と同行されそのことに対しご本人の同意がいただける場合、あるいは同意書でご本人の同意を確認できる場合に限り、口頭でお話しいたします。

ご家族の方が診察へのご同席をいただく場合、ご予約の際に必ず患者さまご本人よりその旨をお知らせください。

ご家族のみでのご相談の場合、ご本人の同意があればご家族のみでご相談にお越しいただくことも可能です。その場合は、ご予約の上、必ず本同意書をご持参ください。ご家族以外の方、例えば職場の上司の方からのご相談や文書作成依頼についても同様となります。同意書がない場合はいかなる場合でも対応出来かねますのでご了承下さい。

なお、身分証明書（運転免許証や健康保険証など）の提示をいただく場合がございますので、ご協力をお願いいたします。

ご予約・お問い合わせ先 TEL 076-444-1311

※以下に必要事項をご記入ください。

診療情報開示同意書

竹内スリープメンタルクリニック 御中

私は下記の情報提供希望者に対し、自身の治療に関する情報を開示することに同意します。

西暦 年 月 日

患者氏名 (自署)

〈情報提供希望者〉

氏名 (自署)

本人との関係
