

診療情報開示同意書のご説明（一般用）

医療法人社団惟心会では、患者様所属企業・団体の担当者様から診療情報開示の求めがあった場合、下記同意書のご提出をお願いしております。その際は担当医との日程調整が必要となりますので、必ず事前に電話やメールにてお問い合わせください。

なお、患者様ご本人が受診または同席せず、担当者様のみで情報提供をご希望の場合は有償（税別18000円/15分）にて承ります。

ご来院の際は、お名刺をご用意ください。ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

※以下の同意書に必要事項をご記入下さい※

診療情報開示 同意書

医療法人社団 惟心会

りんかい月島クリニック 御中

りんかい豊洲クリニック 御中

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

診察券番号 _____ 患者氏名（自署） _____

情報提供希望者の所属企業・団体名 _____

部署 _____ 氏名（自署） _____ （人事・産業保健スタッフ・上司・その他） _____

日中連絡がとれる電話番号 _____ - _____ - _____



医療法人社団 惟心会