

医師面談同意書 兼 医療照会回答同意書

医療法人 富田病院 御中

主治医 _____ 様

(会社・学校名もしくは機関名) _____、または、
その指名する者（※該当するすべての者の氏名を記載ください。空欄には×印を記載ください）

① _____、② _____、③ _____

④ _____、⑤ _____、⑥ _____

に対して、私が受けた貴院での医療に関する「医師面談」「医療照会への回答」に同意します。

なお、医療照会においては、下記事項をおこなうことについて同意します。

- 1) 私の傷病に関する診断書・診療報酬明細書・その他証明書を提供すること。
- 2) 私の傷病の原因・症状・既往症・治療内容・予後等について説明すること。
- 3) 私の傷病・既往症に関する診療記録・検査資料を貸し出すこと、その写しを提供すること。

本書は有効期限を記入日より3か月間(3か月後の同日まで)とすること、および、有効期限までの間に複数回の「医師面談」「医療照会への回答」をおこなうことに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意者住所 _____

同意者氏名 _____

印 _____

患者様との関係 本人 ・ 家族(続柄: _____) ・ その他(_____)

同意（署名・捺印）された方が患者様ご本人以外の場合は、以下もご記入ください。

患者様の住所 _____

患者様の氏名 _____

患者様の生年月日 _____ 昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生