

【Hospital Use Only / 病院使用欄】

ID	氏名

Ver.2.0 (2018年9月20日作成)

## 医療情報開示同意書

### CONSENT TO THE RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

I hereby authorize any hospital, physicians, or any other person who has attended or examined me, to furnish to

\_\_\_\_\_ or its authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, as well as copies of all hospital or medical records. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

私は、診療または治療したすべての病院・医師および関係者が  
【 \_\_\_\_\_ 】 または私が指名する代理人に対し、疾病・受傷の記録、病歴、診察、投薬や処方、治療記録等のすべての医療情報を開示することに同意します。本書のコピーも原本と同じ効力があることを承諾します。

Name of Patient / Date of Birth(YYYY/MM/DD) 患者氏名 / 生年月日  /	
Name of Legal Representative 代理人 (Relationship to Patient 患者との関係)  ( )	
Address 住所	
Phone 電話番号	Cell Phone 携帯電話

Signature (署名)

Date(日付)