

【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 **Please fill in insurance company and/or affiliation organization.**
Shonan insurance 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
【Shonan insurance】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。

Please fill out all your information below.

Name of Patient / Date of Birth(YYYY/MM/DD) 患者氏名 / 生年月日	
Shonan Fujisawa / 1999 /01 /01	
Name of Legal Representative 代理人 (Relationship to Patient 患者との関係)	
()	
Address 住所	
151 Tsujido Kandai, Fujisawa, Kanagawa	
Phone 電話番号	Cell Phone 携帯電話
046-000-0000	090-000-0000

Signature (署名) Shonan Fujisawa Date(日付) 2022.1.1

Please write date of your visit.