

診療情報提供同意書

令和 年 月 日

(あて先) 名古屋市立大学医学部附属リハビリテーション病院 病院長

(患者)

住 所

氏 名

印

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

私は、私の診療に関する診療情報について、下記の者に対して提供することに同意します。

同意する相手方

住 所

氏 名

様

患者との関係