

## 診療情報の提供および開示に関する同意書 兼 委任状

医療法人イプシロン 北参道こころの診療所 院長 殿

私は、以下の【指名する代理人】に対し、私の診療情報に関する説明を受ける権限を委任し、貴院が当該代理人に対して私の診療情報を開示・提供することに同意いたします。なお、本説明が私（患者本人）の不在下で行われることについても異議ありません。

### 1. 患者本人（委任者）

氏 名（自署）： \_\_\_\_\_

生年月日： 西暦                      年                      月                      日

住 所： \_\_\_\_\_

記入日： 西暦                      年                      月                      日

### 2. 指名する代理人（情報の開示を受ける第三者）

氏 名： \_\_\_\_\_

所 属（会社名等）： \_\_\_\_\_

本人との関係： ☐ 家族 ☐ 会社関係者 ☐ 保険会社 ☐ その他（ \_\_\_\_\_ ）

連絡先（電話番号）： \_\_\_\_\_

### 3. 開示・説明を同意する情報の範囲（該当するものにチェック）

- ☐ 病名および現在の病状について
- ☐ 今後の治療方針・見通しについて
- ☐ 就労の可否および勤務上の配慮事項について（復職支援など）
- ☐ 検査結果について
- ☐ 診療報酬明細書（レセプト）等の内容について
- ☐ その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）

### 4. 免責事項・確認事項

開示された情報が代理人によって第三者へ漏洩、または不適切に利用された場合、貴院はその責任を負わないことを確認します。

本同意書の有効期限は、署名日より3ヶ月間（または 本件の説明終了時まで）とします。

私は、いつでも本同意書を撤回することができます（ただし、撤回前に既に行われた開示についてはその限りではありません）。

---

【クリニック使用欄】代理人の本人確認記録

確認日時：                      年                      月                      日

確認書類： ☐運転免許証 ☐マイナンバーカード ☐健康保険証 ☐社員証・名刺 ☐その他（ \_\_\_\_\_ ）

対応者：