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　水戸メンタルクリニック 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：