

# 同意書

年 月 日

近畿大学病院 病院長 殿

私は、貴院が保有する私の医療にかかわる下記の個人情報を  
保険会社（ ）に  
提供することを同意いたします。

## 記

1. 診断書・(その他： )

患者本人署名 住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※患者が意識不明、未成年等で記載ができない場合

代理同意者署名 住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

患者との関係 ( )

患者氏名 ( )