

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交通事故医療にかかわる下記の
個人情報（ ）を損害保険会社（ ）に
提供することを同意いたします。

記

1. 診断書・診療報酬明細書・（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（ ）