**診療情報開示委託書**

私（患者氏名）　　　　　　　　　　　　　　は本診療情報開示委託書を持参しました

下記の方（仲介会社又は代理人）　　　　　　　　　　　　（続柄）　　　　 に対し、貴院担当医師が診断及び治療内容の今後の見通しにつきまして意見や判断を述べ、私あての書面報告書を開示する事を委託いたします。

　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者様本人記入 | 住所 | 〒 |
| 患者様氏名 | **㊞** |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 代理人名 | 住所 | 〒 |
| 代理人名（会社名） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |

東京医科大学病院 国際診療部