

# 診療情報開示同意書について

診療の内容はその方の個人的な情報ですので医師はそのことを他の方にお話しすることは原則として禁止されています。ご家族といえども同様であり、守秘義務の原則に基づいてお話しはできないことになっております。

ただし、ご本人と同行されそのことに対しご本人の同意が得られる場合、あるいは同意書でご本人の意志を確認できる場合に限り、口頭でお話し致します。その場合においても通常の診察と同様に、ご予約が必要となります。クリニックにお問合せください。

ご家族のみでご予約の場合、ご本人の同意があればご家族のみで相談にお越しいただくことも可能です。その場合は、ご予約の上、必ず本同意書をご持参ください。ご家族以外の方、例えば職場の上司の方等からのご相談や文書作成依頼についても同様になります。同意書がない場合はいかなる場合でも対応出来かねますのでご了承ください。

なお、身分証明書（運転免許証や健康保険証など）の提示をいただく場合がございますので、ご協力をお願い致します。

お問合せ先：TEL 045-532-9006

\* 以下に必要事項をご記入ください。

## 診療情報開示同意書

鴨居メンタルクリニック 御中

私は下記の情報提供希望者に対し、自身の治療に関する情報を開示することに同意します。

西暦                      年                      月                      日

診察券番号                      患者氏名（自署）

＜情報提供希望者＞

氏名（自署）

本人との関係