

診療情報開示同意書のご説明

勤務先の上司やご家族からのご相談や診療情報の開示にはご本人の文書による同意が必要となります。通常の診療と同様、ご予約が必要となりますのでクリニックにお問い合わせください。

また、ご本人以外からの文書作成依頼に関しても同様となります。本同意書をお持ちいただけない場合は、守秘義務の観点から理由の如何を問わずお断りさせていただきます。

なお、会社関係者の方はお名刺をご用意ください。また、身分証(健康保険証または運転免許証)の提示を求めさせていただくことがございますので、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

面談料：15分 8,800円、30分 17,600円 (税込み)

ご予約方法：患者様がクリニックで予約をお取りください。「医師面談15分」または「医師面談30分」

お問い合わせ：TEL: 03-3669-0070 (日本橋)・03-6206-7758 (虎ノ門)・044-750-8533 (溝の口)

※以下の同意書に必要事項をご記入ください。

医療法人社団五条会

診療情報開示同意書

i こころクリニック日本橋

メンタルクリニック虎ノ門駅前 御中

いずみ医院 溝の口

私は下記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。

診察券番号 _____ 患者氏名 (自署) _____

情報提供 (面談) 希望者 氏名 (自署) _____

会社関係者 (上司・人事・産業保健スタッフ・その他 _____)

家族 (本人との関係 _____)

日中連絡が取れる電話番号 _____