**診療情報等の第三者提供に関する同意書**

ぶどうの木なべしまクリニック　御中

　私は、私の訪問診療に必要な診療にかかる情報を、「ぶどうの木なべしま　　クリニック」が訪問診療を円滑に行う上で必要と認めた場合に、訪問診療に必要な範囲内で診療にかかる情報等を第三者（かかりつけ調剤薬局等）へ提供する事の必要性の説明を受けた上で、ここに同意いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

患者氏名：

住　　所：

代筆者：　　　　　　　　　　　　　　　続柄：

※患者本人の記載ができない場合は、ご家族等の代理の方が記載してください。その際、代筆者の氏名及び患者本人との続柄も記載してください。