

## 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。