個人情報開示の同意書

※検査を受けた方がご記入ください。

※受付時に本同意書・検査を受けた方の診察券と保険証をご提出願います。

医療法人 翔仁会　仙台 ART クリニック
理事長　吉田仁秋　宛

私は貴院が保有する検査結果情報の開示について以下の内容と注意事項を理解し、情報を開示することに同意します。

同 意 年 月 日：　　年　　月　　日
開示者の住所：
開 示 者 署 名：

【内容】

開示者 （検査を受けた患者様）	診察券番号： お名前：
受領者 （検査結果を聞く方）	お名前： 開示者との関係： ご住所： お電話番号：
検査項目を選択して下さい	□血液検査 □精液検査 □（　　）

【注意事項】

・検査結果は受領者からの自発的なお申し出により説明します。本同意書の提出がない場合は、原則として検査結果はご説明できません。
・検査結果に異常があった場合などは、医師の判断により開示者ご本人様にご来院いただき、直接説明をお受けいただくことがあります。
・検査の説明により開示者の会計が発生します。
・染色体検査の結果は開示することはできません。

署名について：必ずご本人が直筆でご署名願います。ご本人でない者が、本人であるとして代署すると私文書偽造として刑事罰を受けることがあるほか、民事上不法行為として損害賠償を請求されることがあります。