

個人情報開示の同意書(検査を受けた方が記載して下さい)

※受付時にこの同意書・検査を受けた方の診察券・保険証をご提出下さい※

医療法人社団レディースクリニック京野 理事長 京野廣一殿

私は今回の検査結果を_____が聞くことに同意いたします。

- 1) 検査項目を選択して下さい (□血液検査 □精液検査)
- 2) 検査結果は代理人様(説明を受けられる方)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と、原則として検査結果は説明できませんのでご注意ください。
- 3) 検査結果に異常があった場合などは、医師の判断により、検査を受けられたご本人様にご来院いただき、担当医より直接説明をお受けいただくことがあります。
- 4) 結果の説明により検査を受けた方の会計が発生します。当月中に検査を受けた方の保険証の提示がない場合は **10割負担**となります。
- 5) 染色体検査の結果は代理人様にお話することはできません。


同意年月日 _____

ご住所 _____

検査を受けられた方のID _____ 署名 _____

署名について：必ずそれぞれ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します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。

様式-074.17.10.31

2017/10/31 

個人情報開示の同意書(検査を受けた方が記載して下さい)

※受付時にこの同意書・検査を受けた方の診察券・保険証をご提出下さい※

医療法人社団レディースクリニック京野 理事長 京野廣一殿

私は今回の検査結果を_____が聞くことに同意いたします。

- 1) 検査項目を選択して下さい (□血液検査 □精液検査)
- 2) 検査結果は代理人様(説明を受けられる方)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と、原則として検査結果は説明できませんのでご注意ください。
- 3) 検査結果に異常があった場合などは、医師の判断により、検査を受けられたご本人様にご来院いただき、担当医より直接説明をお受けいただくことがあります。
- 4) 結果の説明により検査を受けた方の会計が発生します。当月中に検査を受けた方の保険証の提示がない場合は **10割負担**となります。
- 5) 染色体検査の結果は代理人様にお話することはできません。

同意年月日 _____

ご住所 _____

検査を受けられた方のID _____ 署名 _____

署名について：必ずそれぞれ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します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。

様式-074.17.10.31

2017/10/31 