

個人情報開示の同意書(検査を受けた方が全ての項目を記載して下さい)

※受付時にこの同意書・検査を受けた方の診察券・保険証または資格確認書をご提出下さい※

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) この開示は「血液検査」および「精液検査」が該当となります。原則として1ヶ月以内に検査結果説明を受けてください。
- 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。保険適用になった際、保険証の提示がない場合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：必ずご本人の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-074.24.10.30

個人情報開示の同意書(検査を受けた方が全ての項目を記載して下さい)

※受付時にこの同意書・検査を受けた方の診察券・保険証または資格確認書をご提出下さい※

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) この開示は「血液検査」および「精液検査」が該当となります。原則として1ヶ月以内に検査結果説明を受けてください。
- 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。保険適用になった際、保険証の提示がない場合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：必ずご本人の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-074.24.10.30