

## 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) **捺印または拇印が無い場合は結果の説明は出来ません。**

同意年月日 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

検査を受けられた方のID \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

署名・捺印について：必ずそれぞれご本人が直筆で署名し、ご自身の手により捺印をお願いします。  
ご自身以外の方が本人の了解なく署名・捺印すると、有印私文書偽造として刑事罰を受けることがあります。

様式-074.17.03.22

2017/3/22 