

委任状

作成日： 年 月 日

伊藤病院殿

患者様氏名（自署） (ID :)

患者様が18歳未満の方は保護者の署名をご記入ください

保護者名 (続柄)

患者様生年月日 年 月 日

患者様住所

私は、次の者を代理人と定め所定の権限について委任します。

代理人氏名 (患者様との関係)

代理人住所

代理人電話番号

委任内容（該当する項目の番号に○印をつけてください）

1. 代理受診及び医師との面談
2. カルテ開示 [希望する開示を下記に記載してください。]
3. その他 ()

【開示を希望する場合は、希望の開示にレ点をつけてください】

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 採血結果 |
| <input type="checkbox"/> 画像検査（紙）：エコー/CT/一般撮影/アイソトープ/呼吸機能/心電図/
骨密度/内視鏡 |
| <input type="checkbox"/> 画像検査（CD-ROM）：エコー/CT/一般撮影/アイソトープ |
| <input type="checkbox"/> 細胞診所見 |
| <input type="checkbox"/> 診療録（カルテ） <input type="checkbox"/> 手術記録：術前/術後/病理 |
| <input type="checkbox"/> その他 () |

* 注意事項が裏面に記載されていますので必ずお読みください

【注意事項】

- *委任状は患者様の直筆でお願いします。代理人が記載した場合は無効となります。
- *患者様の住所は、伊藤病院に申し出ている住所を記載してください。
- *本委任状の有効期限は作成日より 90 日以内とし、1 回の申請をもってその効力を失います。
- *代理の方は必ず患者様の診察券をお持ちください。
- *代理人の方は、運転免許証、外国人登録証明書、パスポートなどの身分証明書をご提示ください。