

つちだクリニック 御中

# 委任状

令和 年 月 日

① 患者住所： 埼玉県 市

(フリガナ)

② 患者診察券番号： \_\_\_\_\_ ③患者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

④ 患者生年月日： 昭和・平成・令和 年 月 日(満 歳)

⑤患者携帯電話番号： \_\_\_\_\_

※患者が記入できない場合の理由(上記項目①～⑤は患者本人の自署が必要です)

私は、下記の者を代理人と定め、下記書類の交付又は受領に関する一切の権限を 委任いたします(□にチェックをお願いします)。

- 診断結果票の授受 /  医師からの結果説明の聴取 /  写真の授受  
 イトゲン及び各種画像データの授受 /  院内処方(お薬)・処方せんの授受  
 その他の治療に関する必要と認める書類等の授受

代理人住所： \_\_\_\_\_

(フリガナ)

代理人氏名： \_\_\_\_\_ (印)

代理人生年月日： 昭和・平成・令和 年 月 日

代理人携帯電話番号： \_\_\_\_\_

●代理人にご持参いただくもの 3 点

- 委任状(この文書)     患者本人の診察券     代理人の身分証明書

<注意>

個人情報保護法にともない、事前に患者さんからのお電話が必要です。その上で代理人の方が、必ず「委任状」「患者本人の診察券」「代理人の身分証明書」の 3 点をご持参ください。

「患者本人の診察券」「委任状」「代理人の身分証明書」の 3 点がない場合は、書類をお渡しできませんのであらかじめご了承ください。

なお、医師が記入した書類につきましては、返金いたしかねますのでご了承ください。

令和 5 年 1 月 4 日