同　意　書

（医）大場整形外科　大場　俊二　殿

私は、貴院が保有する私の交通事故に係る医療情報（下記書類等）について、

損害保険会社 ..... に提供すること（下記２項目について）に

同意いたします。

【事故発生日：　　年　　月　　日　・　初診日：　　年　　月　　日】

記

１．上記損害保険会社へ医療機関が直接医療費を請求する場合、原則各月ごとに提出が必要となる下記書類

①　請求する金額及びその算出基礎となる診療報酬明細書（請求書）

②　上記①の書面に添付する

ａ．診断書

ｂ．①の算出基礎を証するに足りる書面　等

２．上記損害保険会社からの貴院へ対する照会に係る書類等（診療情報）

年　　月　　日

患者本人　　住　所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　：（自署又は押印）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【患者が意識不明、未成年者等により記載できない場合】

代 理 人　　住　所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　：（自署又は押印）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
患者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

【日本臨床整形外科学会　ハンドブック交通事故診療2013　より抜粋】