

# 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 に提供することに同意いたします。

【事故発生日： 年 月 日 ・ 初診日： 年 月 日】

記

[チェック]

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

（ ）

[チェック]

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）

（注：提供する診療情報に係る時期、検査等の実施日を併せて記載して下さい。）

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 第6版より】