**同意書**

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

主治医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

私は、藤井寺市が実施する事業「いきいき笑顔応援プロジェクト」のため、貴方様が本事業の関係者に対し、栄養指導に必要な下記の医療情報を提供することに同意します。

※　情報提供にあたっては、診療情報提供料（Ⅰ）250点が算定されます。

（1割負担の方で自己負担250円となります。）

１．投薬内容

２．採血等の検査結果

３．治療上の問題点

同意人署名欄

記入日　　　　　年　　　月　　　日

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印