

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

確認日 年 月 日

住所 _____

氏名 _____