

令和元年6月21日

加藤 様

〒308-0847 茨城県筑西市玉戸 1270-185
エビデンスサポート株式会社 代表取締役 山崎新一郎
TEL:080-3487-2800 FAX:0296-28-7054

前略 日頃よりお世話になっております。医療機関へ開示申請を行います。つきましては同意書3通をお送りいたしますので、ご署名・ご捺印のうえ、ご返送くださいますようお願い申し上げます。

草々

同意書

令和元年 月 日

医療機関 御中

私は、平成 29 年 9 月 15 日発生の交通事故による保険金請求、その他関連手続きに関する医療調査のため、エビデンスサポート株式会社 代表取締役 山崎新一郎（〒3080847 茨城県筑西市玉戸 1270-185）が下記患者の診療・治療・検査を行った医師、医療機関に対し、

- 1、患者に関する傷病名、症状、治療内容、検査結果、既往症などを照会し、回答を求めること
- 2、診断書、診療報酬明細書、診療記録、他の関連資料の一切、画像（MRI、CT、レントゲン等）、その他の検査資料、以上の閲覧、代理請求、受取、費用の支払い
- 3、

以上に同意します。

同意者

住所 千葉県成田市飯田町 9-81

氏名 加藤 秀之  生年月日： 昭和 31 年 12 月 28 日

同意者と患者が異なる場合は、以下に患者の情報を記載

住所

氏名  生年月日： 年 月 日

患者から見た同意者の続柄： 本人・配偶者・親権者・法定相続人・後見人・その他（ ）

医療機関

病院名： 成田赤十字病院 病院名： 成田リハビリテーション病院 (No.10041)

病院名： 千葉リハビリテーションセンター 病院名：