

# 個人情報に関する同意書

医療法人聖愛会  
発寒リハビリテーション病院  
院長 殿

入院患者\_\_\_\_\_に関する病状、身体機能等の  
情報及び、御家族に関する情報を各関係機関に情報開示することについ  
て同意します。

年 月 日

入院患者名\_\_\_\_\_

御家族氏名\_\_\_\_\_印 続柄( )

※尚、開示する情報については発寒リハビリテーション病院にて規定する目的にのみ利用するものとし、個人情報保護法に関する基本指針に沿って適切に取り扱い致します。