

# 代理受診同意書

ほりた内科・消化器内視鏡クリニック 池袋駅東口院 御中  
私は下記代理人に対し、診療に関する説明の受領、診察受付、必要書類の提出、処方箋等の受け取りについて委任いたします。

## 患者本人情報

氏名（自署）： 印  
生年月日： 年 月 日  
住所：  
電話番号：

## 代理人情報

氏名（自署）：  
患者本人との関係：  
 夫  妻  子  父  母  兄弟姉妹  
 その他（ ）  
住所：  
電話番号：

## 委任内容（該当項目にチェック）

- 診察受付  
 診療説明の受領  
 検査説明の受領  
 処方箋の受領  
 検査結果説明の受領  
 その他（ ）

## 同意事項

- 診療内容によっては、代理受診をお受けできない場合があります。
- 病状確認のため、患者本人への連絡や受診をお願いする場合があります。
- 本人・代理人確認書類の提示をお願いします。（運転免許証、マイナンバーカードのコピーなど）

記載日： 年 月 日  
患者本人署名： 印  
代理人署名：