

病気・ケガなどによって、患者さんが自署できない場合に限り
委任状の代筆を認めております。
代筆の際は、患者さんの拇印が必要となります。

様式 2 - 2

委 任 状

年 月 日

【患者さん記入欄（代筆）】※委任意思確認と代筆了承の証明として、必ず患者さんの拇印が必要です。

患者氏名

住 所

生年月日 年 月 日 生

電話番号

私は、下記の者を代理人として定めます。

また私に関する診療記録の閲覧・謄写等を申請し、写し等の交付を受けることを委任します。

【代理人記入欄】

代理人氏名 患者本人との関係

住 所

電 話 番 号

【代筆者記入欄】

代筆者氏名 患者本人との関係

住 所

電 話 番 号

（代筆理由）

（注）代理人の方の身分証明書を当該様式に添付し提出して下さい。

当該様式受付後、当院担当者より患者さんご本人へ電話連絡にて意思確認を行わせて頂く場合があります。

本委任状を解除される場合は、速やかに書面にてお知らせください。

（準用）介護施設に関する場合は、本書中の文言を適宜、読み替えるものとします。