

承諾書

私は、交通事故等により貴医療機関で治療を受けるにあたり、下記の事項に承諾いたします。

- 整骨院との併用は原則できないことを承諾いたします。
- 損害保険会社等の照会手続きにあたって、診療情報に関する書類（自賠責用診断書、診療報酬明細書等）を提供することを承諾いたします。

令和 年 月 日

【患者】

住所 _____

氏名 _____

【承諾者】

住所 _____

氏名 _____

※患者本人が未成年等で記入できない場合は、続柄の記載をお願いいたします。

医療法人社団真清の会 新千歳クリニック
院長 河野 哲也