立命館大学学生部

同　意　書

〇受傷日 または 今回のご病気で初めて病院に行かれた日
令和 ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

〇患　者
（住　所） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏　名） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（生年月日）　大正・昭和・平成 ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

立命館大学父母教育後援会　　宛

株式会社 I.S.C.（審査業務委託先）　宛

貴会および貴社の社員またはその業務委託先が、上記患者に関する奨学金支払の目的の範囲内で、医療機関から以下医療情報を直接取得・利用※することに同意します。なお、本状は上記患者に関する貴会の奨学金支払完了後に効力を失うものとします。

病院名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ **御中**

上記患者の貴院での受療に関して、立命館大学父母教育後援会および株式会社 I.S.C.の社員またはその業務委託先による以下医療情報に関する照会または資料貸出依頼があったときには、ご対応いただくことに同意します。

１．診断書・診療報酬明細書
２．傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等に関する所見
３．画像診断フィルム等の記録ほか検査資料

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

同 意 人　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

患者との関係： 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・その他〔　　〕

※原則として患者ご本人のご署名をお願いいたします。
※患者が未成年の場合は、親権者の方がご署名ください。

※保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用の目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

同意書のご署名・ご捺印のお願い

弊社から治療内容等につき医療機関へ確認し、または、画像診断のフィルムその他検査資料の貸出を受けることがありますが、これらの診療情報を医療機関から直接取得する場合、患者ご自身（未成年者の場合は親権者）から同意が得られている旨を医療機関に提示する必要があります。つきましては、上記内容をご確認いただき、全ての項目をご記入のうえ、ご署名・ご捺印くださいますようお願い申し上げます。

なお、医療機関が本状の本紙を必要とする場合は、本紙は医療機関へ提出し、弊社は本状の写を保管します。

立命館大学父母教育後援会　　株式会社 I.S.C.

〈記入箇所〉　同　意　書

※記載内容を確認した上で、赤枠内をすべて記入してください。

※複数の医療機関で診療を受けている場合は、１医療機関につき１通作成してください。

※願書および同意書は片面印刷で作成してください。

〇受傷日 または 今回のご病気で初めて病院に行か
令和　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

〇患　者
（住　所）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏　名）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（生年月日）　大正・昭和・平成　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

立命館大学父母教育後援会　　宛

株式会社 I.S.C.　（審査業務委託先）　宛

貴会および貴社の社員またはその業務委託先が、上記患者に関する奨学金支払の目的の範囲内で、医療機関から以下医療情報を直接取得・利用※することに同意します。なお、本状は上記患者に関する貴会の奨学金支払完了後に効力を失うものとします。

病院名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**御中**

上記患者の貴院での受療に関して、立命館大学父母教育後援会および株式会社 I.S.C. の社員またはその業務委託先による以下医療情報に関する照会または資料貸出依頼があったときには、ご対応いただくことに同意します。

１．診断書・診療報酬明細書
２．傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等に関する所見
３．画像診断フィルム等の記録ほか検査資料

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

同 意 人　住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

患者との関係：　本人　・　親権者　・　法定相続人　・その他〔　　〕

※原則として患者ご本人のご署名をお願いいたします。
※患者が未成年の場合は、親権者の方がご署名ください。

※保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用の目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

同意書のご署名・ご捺印のお願い

弊社から治療内容等につき医療機関へ確認し、または、画像診断のフィルムその他検査資料の貸出を受けることがありますが、これらの診療情報を医療機関から直接取得する場合、患者ご自身（未成年者の場合は親権者）から同意が得られている旨を医療機関に提示する必要があります。つきましては、上記内容をご確認いただき、全ての項目をご記入のうえ、ご署名・ご捺印くださいますようお願い申し上げます。
なお、医療機関が本状の本紙を必要とする場合は、本紙は医療機関へ提出し、弊社は本状の写を保管します。

立命館大学父母教育後援会　株式会社 I.S.C.