

# 委任状

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者様ご本人との関係 \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

1. 診察内容、病名、経過や結果の説明
2. 処方箋・処方薬の授受 \_\_\_\_\_ に関する一切の行為

患者様ご本人 (※自書)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご署名日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【重要】 ご受診時に下記をご提示下さい。

- ① 患者様ご本人の診察券
- ② 患者様ご本人の健康保険証 (および医療証・自立支援受給証)
- ③ 委任状 (この用紙)
- ④ 代理受診される方の本人確認が取れるもの (免許証・健康保険証など)

【注意事項】

- ① あくまでも患者様の症状に目立った変化がなく、定期的に処方されている薬剤に限りますので、患者様の病状に変化が認められた場合は、速やかに当院に受診してください。
- ② 代理受診の処方薬量は原則として 1ヶ月分以内とし、3ヶ月に1回、患者様との対面診療が必要となります。