**「LifeMark-コンシェルジュ」家族登録における同意書**

藤枝市立総合病院　院長　殿

**患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　（署 名）**

（代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　）続柄（　　　　　　　　）

（代筆理由　：・患者が未成年　・患者が筆記不可能・（　　　　　　　））

私（患者）は、「LifeMark-コンシェルジュ」サービスの利用にあたり、

下記の利用者（家族等）のスマートフォンに、私の患者番号を登録し、

私に関する個人情報を、利用者（家族等）が閲覧することに同意します。

また、登録後に家族間のトラブル等が発生した場合に、病院へ異議

申し立てはいたしません。

　　 年　　月　　日

利用者氏名

続柄

住所

（以下病院記入欄）

患者ID　　　　　　　　　　　受付担当者

受付　→　スキャナーセンター