

「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