



不妊治療のペア間の個人情報開示等についての同意書

医療法人オーク会 理事長 殿

この度、私たち夫婦（事実婚を含む）は、下記の通り互いが不妊治療のパートナーであることを申告します。

また、貴院の個人情報取り扱い規定を理解した上で、診療上必要な場合においては、医療法人オーク会が保有する診療・治療にかかわる私たちの全ての個人情報を下記のペア間で互いに開示することに同意いたします。開示される情報の期間は、初回来院時より夫婦（事実婚を含む）のどちらかが「ペア間の個人情報開示等についての同意撤回書」提出するまでとします。

妻 記入日：西暦 年 月 日

住所：〒

フリガナ

氏名（自署）： 印

生年月日：西暦 年 月 日

電話番号：

夫 記入日：西暦 年 月 日

住所：〒 (同上不可)

フリガナ

氏名（自署）： 印

生年月日：西暦 年 月 日

電話番号：

以上

スタッフ記入欄

診察券番号（妻）：

診察券番号（夫）：

受領日：西暦 年 月 日 時 分

受領印