

相談同意書

私（患者氏名） _____ は、

（代理人氏名）

（間柄）

に対して貴院担当医師が私の病状、診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私あての報告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日生

（患者氏名）

印