

## 相談委託同意書

私(患者様氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました

(ご相談者氏名) \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が私の

疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断

を述べ、私の主治医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

(患者様氏名) \_\_\_\_\_ 印