

## 相談同意書

私（患者氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました

（ご相談者）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_に対して、貴院

担当医師が私の疾病についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、  
意見や判断を述べ、私の主治医に対する報告書が作成されることに同意いたし  
ます。

年 月 日

生年月日 \_\_\_\_\_ 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者様ご氏名 \_\_\_\_\_ 印