

<相 談 同 意 書>

今村総合病院院長 殿

私(患者様氏名) _____ は、本同意書を提出しました

(ご相談者氏名) _____ が(続柄: _____)が

貴院担当医師から私の疾患についての診断及び治療、今後の見通し

などについて意見や判断を聞くことに対して同意いたします。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可なく行えません。

- (1) 説明の際に受領した資料を第三者(紹介元医療機関を除く)へ提出すること。
- (2) 相談中に相談内容を録音すること。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日(大正 昭和 平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

(患者様氏名) _____ 印

(患者様親権者氏名) _____ 印