

相談同意書

（患者さん氏名）は、

貴院へ来院する事が困難なため、本同意書を持参いたしました。

（相談者氏名） （続柄） に対して、

貴院担当医師が私の疾患についての治療内容、今後の見通しなどにつきまして意見や判断を述べることに同意いたします。

年 月 日

患者さん氏名 ⑩

* 予約当日は来院されるご相談者を証明できるものをご持参ください。
（マイナンバーカード・健康保険証・免許証など）