

# 相談同意書

私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、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べ、報告書が作成されることに同意いたします。

唐津赤十字病院長 様

令和 年 月 日

生年月日 \_\_\_\_\_(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 生

患者氏名 \_\_\_\_\_ (印)