

同意書

いそぎファミリークリニック 院長 様

_____年 _____月 _____日

私（患者さん氏名）_____は、本同意書を持参しました下記の者に対して、貴院担当医師が自分の疾患について、現在治療を受けている主治医の判断・診療内容、今後の見通しについて意見や判断を述べること及び主治医あての報告書が作成され、返送されることを同意いたします。

フリガナ

患者さん氏名 _____ 印

生年月日（昭和・平成・令和） _____年 _____月 _____日

相談者

氏名 _____ 続柄（本人から見て） _____

氏名 _____ 続柄（本人から見て） _____

氏名 _____ 続柄（本人から見て） _____

★相談者をご家族の場合のみ、患者さん本人をご記入下さい。

★相談者が多く書ききれない場合は、裏面にご記入下さい。