

## 相 談 同 意 書

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました

（相談者氏名） \_\_\_\_\_ （続柄 \_\_\_\_\_ ）に対して、

羊ヶ丘病院の担当医師が私の疾患について診断及び治療内容、  
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  
宛ての報告書が作成されることに同意いたします。

年        月        日

（患者氏名） \_\_\_\_\_

（生年月日）                      年        月        日生