

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）（患者さまとの続柄）に

対して、小樽市立病院担当医師が私の疾患についての治療内容および診断、今後の見通しについて意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日生

(患者氏名) _____ 印