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及び診断、

今後の見通しについて意見や判断を述べ、私の主治医に相談結果が報告される

ことに同意いたします。

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