

< 相 談 同 意 書 >

尾道市立市民病院 病院長 殿

私（患者様氏名） \_\_\_\_\_ は、本同意書を提出しました

（ご相談者氏名） \_\_\_\_\_ （続柄： \_\_\_\_\_ ）が

貴院担当医師から私の疾患についての診断及び治療、今後の見通し  
などについて意見や判断を聞くことに対して同意いたします。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行いません。

- (1) 説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）  
へ提出すること。
- (2) 相談中に相談内容を録音すること。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

生年月日（大正 昭和 平成） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

\_\_\_\_\_  
（患者様氏名） \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_  
（患者様親権者氏名） \_\_\_\_\_ 印