

## 患者本人以外が相談する場合の相談同意書

みなかぜ病院長 殿

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、下記の相談者が意見や判断をうかがうことに対して同意いたします。

年 月 日

生年月日 ( 大正 昭和 平成 ) 年 月 日 生

(患者氏名)

(相談者氏名)

(相談者氏名)

※いずれも自筆に限る