

同意書

静波こころの診療所 主治医様

令和 年 月 日

私 _____ は、本同意書を持参しました下記の相談者に対して、
貴院担当医師が、私の疾患についての診断および治療の内容、今後の見通し
等について意見等を述べることに同意いたします。

(フリガナ)

本人氏名： _____ 印

生年月日 (西暦)： _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住 所： _____

連絡先： _____ (_____)

相談者

(フリガナ)

①氏名 _____ 続柄 _____

(フリガナ)

②氏名 _____ 続柄 _____

(フリガナ)

③氏名 _____ 続柄 _____

注1. 下線の箇所に本人の直筆で記入願います。(代筆の場合は理由を記入)

注2. 相談者は、相談者本人を証明できるもの(運転免許証・保険証)をお持ちください。

注3. 費用については、保険外のため自費扱いとなります。自費(11,000円)を窓口でお支払いください。