

# 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（12,100円）を窓口でお支払いください。