

相 談 同 意 書

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(相談者氏名) _____ (続柄 _____) に対して、

札幌医科大学附属病院の担当医師が、私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛での報告書が作成されることに同意いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(患者氏名) _____

(生年月日) 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日