

相談同意書

年 月 日

社会医療法人 北斗 北斗病院長 殿

(ふりがな)
患者氏名： _____ 印
大正 昭和
生年月日： 平成 令和 年 月 日

私は、下記の相談者及び同席者に対して、北斗病院担当医師が私の疾患についての治療内容および診断、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

■相談者（ご家族に限ります）

氏 名	患者との続柄

■相談同席者（ご家族に限ります）

氏 名	患者との続柄

※同席者の欄に記載のない方は、相談の場に同席することはできません。

※患者さんご本人の直筆、捺印により作成の上、ご提出ください。

当院で治療を希望される場合について

※セカンドオピニオン外来後、治療の対象・適応の可否を判断させていただきます。

※北海道外など遠方の場合、現在お住いの近くで、かかりつけ医が必要となります。

突然の体調不良などにも対応頂ける、かかりつけ医を治療決定前にお知らせください。

お知らせ頂けない場合、お引き受けが難しくなる場合がございます。

あらかじめ、ご了承ください。