

相談同意書

年 月 日

社会医療法人 北斗 十勝リハビリテーションセンター院長 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、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。