

弘前大学医学部附属病院長 殿

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）_____（患者さまとの続柄 _____）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内容、今後の見通し等について、意見や判断を述べ、私の主治医あて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 _____ 印

生年月日（大正、昭和、平成、令和） _____ 年 月 日