

相 談 同 意 書

私（患者様氏名）は、本同意書を持参した
（ご関係・間柄）（ご相談者氏名） 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、今後の見通しにつきまして、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

独立行政法人国立病院機構福島病院長 様

患者氏名印
住 所
生年月日 大・昭・平 年 月 日
電話番号 () ー