

市立大町総合病院相談委託同意書

私（患者様ご氏名）_____は、本同意書に署名いたしました

（ご相談者氏名） _____（続柄） _____ に対して、

担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しに付きまして、

意見や判断を述べることに同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____（患者様氏名） _____ 印