



患者本人以外が相談する場合必要

## 相 談 同 意 書

大分県済生会日田病院長 殿

私（患者氏名）  
（相談者氏名）  
は、本同意書を提出しました  
（続柄： ）が、  
貴院担当医師から私の疾患についての診断及び治療、今後の見通しなど  
について意見や判断を聞くことに対して同意いたします。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行いません。

- （１）説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること。
- （２）相談中に相談内容を録音すること。

平成 年 月 日

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

（患者氏名） \_\_\_\_\_ 印

（親権者氏名） \_\_\_\_\_ 印