様式（３）

松江赤十字病院長　様

同　　意　　書

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました（ご相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿に対して、貴院担当医師が私の疾病についての診断および治療内容、今後の見通し等につきまして、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

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印＿

生年月日（大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日＿