

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 _____