

医療法人 薫風会 佐野病院

同意書

医療法人薫風会 佐野病院院長 殿

患者様氏名： \_\_\_\_\_

私は、本同意書を持参しました  
(ご相談者氏名) \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_) に対して、  
貴院担当医師が私の病状についての診断および治療内容、今後の見通し等につ  
いて、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を同意い  
たします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者様署名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 (大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

※ 相談者は、家族であることを証明できるもの (保険証、運転免許証等) を持参のう  
えご来院ください。

※ 相談費用 15分 5,000円 (税別) (全額保険適応外です。)

医療法人薫風会 佐野病院