

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。

令和 年 月 日

患者様署名 _____ 印 _____

生年月日(昭和・平成・令和) _____ 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)(全額保険適用外です。)

医療法人薫風会 佐野病院