

様式3 (家族等による相談の場合に持参していただく同意書)

青森県立中央病院長 殿

私 (患者氏名) _____ は、本同意書を持参した

(相談者の氏名) _____ に対して、

貴院の担当医師が、私の疾患についての診断および治療内容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に同意します。

令和 年 月 日

住所

氏名

⑩

生年月日 明・大・昭・平・令

年 月 日