

様式2 (家族等による相談の場合に持参していただく同意書)

# 同 意 書

山形市病院事業管理者 殿

私 (患者様氏名) \_\_\_\_\_ 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及び治療内容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に同意します。

平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 (明・大・昭・平) \_\_\_\_\_ 年 月 日生