

# 相談同意書

代理人の氏名

代理人の住所

同意者（患者）との関係

私は上記の者が、下記の事項を相談することに同意いたします。

記

私の診療方針について、令和 年 月 日の医療相談を受けること

令和 年 月 日

同意者(患者)住所

同意者(患者)氏名

印