

相談同意書

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参しました
（相談者）_____（患者さんとの続柄_____）に
対して、北海道大学病院担当医師が私の疾患についての治療内容および診断、
今後の見通しにつきまして、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いたします。

平成 年 月 日

生年月日（大正，昭和，平成） 年 月 日生

（患者氏名）_____ 印