

< 相 談 同 意 書 >

岡山大学医学部・歯学部附属病院長 殿

私（患者様氏名） _____ は、本同意書を提出しました

（ご相談者氏名） _____ （続柄： _____ ）が

貴院担当医師から私の疾患についての診断及び治療、今後の見通し
などについて意見や判断を聞くことに対して同意いたします。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行いません。

- （１）説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）
へ提出すること。
- （２）相談中に相談内容を録音すること。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日（大正 昭和 平成） _____ 年 _____ 月 _____ 日生

（患者様氏名） _____ 印

（患者様親権者氏名） _____ 印