**Consultation Consent form**

**相談同意書**

Dear Director of Okayama University Hospital

岡山大学病院長　殿

I hereby give my consent for the applicant named below to receive a medical opinion from a physician at your hospital regarding the diagnosis, treatment, and future outlook of my condition.

私は、下記の相談者が、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、意見や判断を得ることに対して同意いたします。

I also agree not to engage in the following actions without the explicit permission of the attending physician at your hospital.

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) Submitting any materials received during the consultation to a third party (excluding the referring medical institution).

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) Recording any part of the consultation session.

相談中に相談内容を録音すること。

Date/日付　　　　　　/　　　　/

Date of Birth/生年月日 　　 / 　　　 /

Applicant’s name/相談者名

Patient's name (Self-signed)/ 患者氏名（自署）

Patient's parent/guardian's name (self-signed)/ 患者親権者氏名（自署）