＜相 談 同 意 書＞

鳥取市立病院長 様

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。

令和　　年　　月　　日

生年月日（大正 昭和 平成 令和）　　年　　月　　日生

（患者様氏名）　　印

（患者様親権者氏名）　　印