

様式 4 (家族等による相談の場合に持参していただく同意書)

山形県立中央病院長 殿

私 (患者さん氏名) _____ は、本同意書を持参した

_____(相談者の氏名) _____ に対して、当院の担当医師が私の疾患に
ついての診断及び治療内容等について、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成
されることに同意します。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 月 日生