

相 談 同 意 書

年 月 日

北海道大学病院長 殿

患者氏名 ふりがな : _____ 印

生年月日 : (大正、昭和、平成、令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、下記の相談者及び同席者に対して、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、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

相談者(ご家族に限ります。)

氏 名	患者との続柄

相談同席者(ご家族に限ります。)

氏 名	患者との続柄

※ 同席者の欄に記載のない方は、相談の場に同席することはできません。

※ 患者さんご本人の直筆、捺印により作成の上、ご提出ください。