弘前脳卒中・リハビリテーションセンター 院長 殿

**相談同意書**

私（患者氏名） は、本同意書を持参しました。

（相談者）　　　　　　　　　　　　　（患者さんとの続柄 　　　　　　）に対して貴院担当医師が、

私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し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いたします。

令和 　　年　 　月　 　日

　　　　　患者さん署名

　 生年月日（大正・昭和・平成・令和）　 年　　 月　 　日

住所

連絡先