

＜患者本人以外が相談する場合の相談同意書＞

鹿児島大学病院長 殿

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、下記相談者が意見や判断をうかがうことに対し  
て同意いたします。

令和 年 月 日

生年月日（大正 昭和 平成 令和） 年 月 日 生

(患者氏名)

(相談者氏名・続柄)

(相談者氏名・続柄)

※本人もしくは相談者の自筆に限る