

同意書

私は本同意書を持参した者（代理受診者）に対し、貴院が

- ・私自身の病状や治療に関する情報の開示及び相談。
- ・必要に応じた、処方せんの発行。

上記2点を行う事を了承致します。

患者氏名（自署） _____ 印

生年月日 T S H 年 月 日 年齢 _____

住所 _____

連絡可能な電話番号 _____

代理受診者氏名

① _____ 続柄 _____ 連絡先 _____

住所 _____

② _____ 続柄 _____ 連絡先 _____

住所 _____

③ _____ 続柄 _____ 連絡先 _____

住所 _____

医療法人社団ハートクリニック

理事長 浅井逸郎