

医療相談同意書

記入日： 年 月 日

かもみーる心のクリニック仙台院 院長 殿

私は下記の相談者及び同席者に対して、貴院担当医師が私の症状についての治療内容、診察、および今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べることに同意いたします。

相談者（3 親等以内のご家族）

氏 名 : 患者との続柄 :

相談同席者

氏 名 : 患者との続柄 :

氏 名 : 患者との続柄 :

フリガナ

氏 名 : _____ 印 _____

生年月日：(昭和・平成・令和・西暦) 年 月 日

(利用規約)

1. **ご予約時は、相談者様のお名前でご予約ください。**
2. 相談者・同席者の欄に記載のない方は、同席できません。
3. **患者様ご本人の直筆、捺印**による記入の上、次回来院時に受付へご提出ください。
書類ご提出者は相談者様でも構いません。
4. 相談中の録音・録画・SNS 等への投稿はご遠慮ください。
5. 相談料は自由診療のため自費となります。
6. 当院の指示に従わない言動があったと判断した場合には中止とします。

