

同意書

上ヶ原病院 殿

私、(氏名) _____ は、上ヶ原病院が行う以下の行為に

ついて (続柄) _____ である(氏名) _____ が受けることを同意いたします。

○ 本人の治療に関する相談

(1) 患者氏名 _____ (印) 性別 _____ 男・女

(2) 生年月日 M・T・S・H 年 月 日生 () 歳

〒

(3) 住 所

() _____

平成 年 月 日