

オンライン医療相談同意書

藤田医科大学病院長 様

私 (患者氏名) _____ は、

_____(ご相談者) _____(続柄) _____ に対して、

貴院の専門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。

ご署名日 年 月 日

_____(ご署名) _____ 印

生年月日 (明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生