

同意書

医療法人新生十全会京都ならびがおか病院

病院長 金澤一典殿

私は、(学校名等) _____ (教職員等氏名) _____

が医療法人新生十全会京都ならびがおか病院 _____ 医師と面談し、病院
がその費用を徴収することに同意します。

また私は、この面談において、私が貴病院を受診する（した）ことにより、貴病院が得られた私の医
療上の情報ないし貴病院が得られた医学的知見を開示される事について、同意します。

同意年月日 _____ 年 月 日

患者様（私）氏名 _____

保護者様氏名 _____ ㊟

患者様との続柄 _____

面談年月日（当院記入） _____ 年 月 日