

年 月 日

養南病院 御中

同意書

私は、下記の面談希望者等に対し、私自身の治療に関する情報を提供することに同意いたします。

①面談希望者氏名 _____

②面談希望者氏名 _____

会社・学校名 _____

会社・学校名 _____

患者との関係 _____

患者との関係 _____

③面談希望者氏名 _____

④面談希望者氏名 _____

会社・学校名 _____

会社・学校名 _____

患者との関係 _____

患者との関係 _____

①心理検査結果 希望者氏名 _____

②心理検査結果 希望者氏名 _____

会社・学校名 _____

会社・学校名 _____

患者との関係 _____

患者との関係 _____

患者氏名（自署） _____ (印)

生年月日 _____

住所 _____

※未成年の場合

保護者氏名（自署） _____ (印)