

# 同意書

説明を受ける代理人の氏名

説明を受ける代理人の住所

患者との関係

私・患者は、上記の者が、私の診療方針について説明を受けることに同意します。

患者の住所

患者の氏名・捺印 \_\_\_\_\_ 印 ※患者本人直筆  
(診察券番号: \_\_\_\_\_ )

西暦 年 月 日