

面談同意書

患者様の関係者様（学校の担任教諭、勤務先の上司、産業保健スタッフ、行政関係者等）が、現在の症状についてのお尋ねや今後の対応等のご相談を希望される場合、下記のとおり請求させていただきます。

当院規定による面談料金
30分以内 3,240円
(税込み)

連絡・報告事項は文書やお電話で
予めお伝えいただければ助かります。

費用のご負担に関しましては、患者様と面談を希望される方とで、ご相談ください。

面談には、患者様ご本人の承諾が前提となります。以下の同意書に記入し、相談の依頼をして頂きます。面談希望者が複数の場合は全員分ご記入ください。ご記入のない方が来院されても面談には応じられません。時間設定にゆとりを持たせたいと思いますので、必ずご予約をお願いします。

ご来院時もしくは事前に、必ず同意書をお持ち下さい。守秘義務の観点から、同意書をお持ちいただけない場合は、理由の如何を問わず、面談をお断りさせていただきます。

令和 年 月 日

社会医療法人公徳会 若宮病院 御中

私は、下記の面談希望者に対し、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。

面談希望者氏名 _____

面談希望者氏名 _____

患者との関係 _____

患者との関係 _____

患者氏名（自署） _____ 印

生 年 月 日 _____ 年 月 日

住 所 _____

保護者氏名（自署） _____ 印