

病状説明に関する同意書

私の病状に関して、私本人以外では以下の者に説明してください。

	氏名	続柄	電話番号
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____

悪性疾患が判明した場合、その告知に際しては

1. 私本人にお願いします。
2. 私本人ではなく上記の

(氏名) _____

にあらかじめ相談してください。

社会医療法人 孝仁会 札幌第一病院 病院長殿

令和 年 月 日

氏名 (署名) _____