

## 緩和ケア相談外来 同意書

日本赤十字社医療センター 院長 様

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_ は本同意書を持参しました

（相談者氏名）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_ が

貴センター緩和ケア相談外来を代理で受診するとともに、自費診療となることについて

同意いたします。

年 月 日

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

（患者様氏名）\_\_\_\_\_ 印

※面談の費用は5,500円／30分となります。