

令和 年 月 日

## 面談同意書

医療法人杏山会  
吉川記念病院記念病院 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。

- |           |        |
|-----------|--------|
| 1.面談希望者氏名 | 患者との関係 |
| 2.面談希望者氏名 | 患者との関係 |
| 3.面談希望者氏名 | 患者との関係 |
| 5.面談希望者氏名 | 患者との関係 |
| 6.面談希望者氏名 | 患者との関係 |

患者 氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

保護者氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印

(裏面)

### (面談に関する注意事項)

- 患者様ご家族以外の方による面談については、別途料金を頂いております。
- 面談には患者様ご本人の承諾が前提となります。必ず本同意書にご記入の上、面談当日、または事前にご提出ください。  
※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頂きます。
- 面談希望者が複数の場合、また、急な変更等により面談の可能性がある方については全てご記入ください。  
※記載のない方の面談はお受けできません。
- 面談料金
  - 30分以内 3,500円（税込）
  - 30分超1時間以内 6,000円（税込）
- ※面談時間は1回30分単位、最長1時間です。1時間を超える場合には別日に再度ご予約をお願い致します。
- ご予約の変更、キャンセルは前日午前中までにご連絡ください。
- 録音、録画はご遠慮ください。