

三重大学医学部附属病院長 殿

同意書

私は、訴訟などの目的に使用しないこと及び自費診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、下記の点を了承してお薬相談外来を依頼します。

記

1. 現在、三重大学医学部附属病院で治療は受けていません。
2. お薬手帳などのお薬の情報を持参いたします。
3. 治療の善し悪しを決める相談ではないことを了承しています。
4. 妊婦ではありません。
5. バラバラになっている薬の整理を行う相談ではないことを了承しています。
6. 相談内容を録音しません。
7. 説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出しません。

平成 年 月 日

署名： _____ 印

住所： _____

連絡先電話番号： _____

以上