

自費面談同意書（主治医）

患者様に関する面談を、患者様ご本人以外（患者様のご家族・パートナー・勤務先の上司など）がご希望される場合は、患者様の個人情報保護の観点から患者様ご本人の自署による同意書を頂いております。

面談時にご本人が不在の場合は、面談当日こちらの同意書をお持ちください。

※面談は日時の予約が必要となりますので、必ず事前に受付にご連絡下さい

料金 11,000 円（相談員による事前面談後、主治医による面談を行います）

年 月 日

こころのクリニック横浜駅 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① _____（患者様との関係 _____）

面談希望者② _____（患者様との関係 _____）

患者氏名（自署） _____

生年月日 _____ 年 月 日