

# 面談同意書

患者様の関係者様（ご親族、勤務先の上司、産業保健スタッフ、その他）が、現在の症状についてのお尋ねや今後の対応等のご相談を希望される場合、下記の通り請求させていただきます。

（電話・メール等での情報提供は行っておりません。）

当院規定による面談料  
15分以内 3,000円（税別）  
30分以内 5,000円（税別）

面談時間は30分以内とお考え下さい。

※30分を超える面談に関しましては10,000円（税別）頂戴致します。

連絡・報告事項は文書やお電話で予めお伝えいただければ助かります。

面談には、患者様ご本人の承諾が前提となります。以下の同意書に記入し、相談の依頼をして頂きます。面談希望者が複数の場合は全員分ご記入ください。ご記入のない方が来院されても面談には応じられません。

時間設定にゆとりを持たせたいと思いますので、必ずご予約をお願いします。

ご来院時もしくは事前に、必ず同意書をお持ち下さい。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いただきます。

年 月 日

（特定）医療法人社団 林下病院 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。

面談希望者氏名 \_\_\_\_\_ 面談希望者氏名 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_ 患者との関係 \_\_\_\_\_

患者氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印

生 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_