

緩和ケア病棟入棟面談 同意書

竹田総合病院 院長 様

私(患者様氏名) _____ は本同意書を持参しました

(来院者氏名) _____ が

貴院にて緩和ケア病棟入棟面談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

(患者様氏名) _____

※面談の費用は 11,000 円／60 分(税込)となります