

# 受諾書

水戸メンタルクリニック院長 殿

令和 年 月 日

このたび貴院において診察を受けるにあたり、その診療内容（病名、症状、治療内容、その他診察に関わる一切のこと）等を下記の受諾者へ説明することを承認します。

患者様氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

受諾者様氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_