

同意書

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
病名		
発病時期	昭・平 年 月 日 ・ 不詳	
現在の治療	薬物療法 ・ 心理療法 ・ デイケア ・ その他()	
特記事項		

上記の者について、マインドフルネス・グループ療法の参加に同意する。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

記入例

マインドフルネスグループ療法へ参加する方に、主事の医師がある場合は、書面にて医師の指示（同意）を頂く必要があります。お手数ですが、以下の全てに、**主事の医師より**ご記入を頂くようお願いいたします（参加者ご本人が記入することはできません）。

同意書

患者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇		
	氏名	〇〇 〇〇 (フルネームでご記入ください)		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
病名	診断名の記入をお願いいたします。 診断名が複数ある場合には、主たる病名から順にご記入ください。			
発病時期	昭・平	年	月 日 ・ 不詳	
現在の治療	薬物療法 ・ 心理療法 ・ デイケア ・ その他()			
特記事項	現在の主たる治療方針をお選びください。複数選択可能です。			
	グループ療法の参加に際し、特に注意すべき点やこれまでの治療経過の中での懸念点、その他、現在の治療方針やグループ療法参加中の連携について特筆されることがあればご記入ください。			
上記の者について、マインドフルネス・グループ療法の参加に同意する。				
平成	〇〇	年	〇 月 〇 日	
			グループ療法への参加にご同意頂いた日をご記入下さい。なお、同意書は3ヶ月以内の	
医療機関名 _____				
所在地 _____				
医師氏名 _____			印	
医療機関の施設名・所在地・主事の医師名・印を記入、押印願います。				