

(公財) 星総合病院
セカンドオピニオン外来

セカンドオピニオン外来相談同意書

(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました
(ご相談者) _____ (続柄) _____ に貴院担当
医師が私の疾病についての診断及び治療内容、今後につきまして、意見
や判断を述べ、私の主治医に対する報告書が作成されることに同意いた
します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ (印)