

様式2

セカンドオピニオン外来
相談同意書

松波総合病院長 殿

私 (患者氏名) _____ は、本同意書を提出しました
(ご相談者) _____ (続柄) _____ に対して、貴院
担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や助言を述べる事、また私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日 (大正・昭和・平成) _____ 年 月 日

_____ (患者氏名) _____ 印