大曲厚生医療センター セカンドオピニオン外来 相談同意書

私（患者氏名） _____ は、本同意書を持参しました

（相談者） _____（続柄） _____ に対して、貴院担当医師が

私の疾患に関する診断及び治療内容、今後見通しについて意見や判断を述べ、

私の主治医あての報告書を作成することに同意いたします。

令和 年 月 日

生年月日（ T・S・H・R ） _____ 年 月 日

（患者氏名） _____ 印