

浜の町病院 セカンドオピニオン外来

# 相 談 同 意 書

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参した

代理人（続柄） \_\_\_\_\_ （ご相談者氏名） \_\_\_\_\_

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、

意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成さえることに同意いたします。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

※同意書の記入は患者さんの自筆でお願いします。