

丸子中央病院セカンドオピニオン外来
相談委託同意書

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました
(ご相談者氏名) _____ (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
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 日生

(患者氏名) _____ 印