

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  
（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。

年 月 日

\_\_\_\_\_（患者氏名）\_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生