

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。

年 月 日

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

（患者氏名） \_\_\_\_\_ 印