

浜松南病院 セカンドオピニオン外来 相談同意書

私（患者さま氏名）は

本同意書を持参しました

（ご相談者・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、今後の見通しなどに
つきまして、意見や判断を述べていただき、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

（患者さま氏名）印
