

浜松南病院 セカンドオピニオン外来 相談同意書

私（患者さん氏名） _____ は

本同意書を持参しました、

（ご相談者・続柄） _____

（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。

年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成・令和） _____ 年 月 日生

患者さん氏名 _____

※相談者は原則 2 名以内とします。