

セカンドオピニオン外来 相談同意書

私は、(相談者) _____ に対して、

貴院担当医師が、私の疾患について診断・治療内容・今後の見通し等について
意見や判断を述べ、また、私の主治医あてに報告書が作成・送付されることに
同意します。

平成 年 月 日

患者様住所 _____

患者様氏名 _____

④