

国立病院機構 千葉医療センター セカンドオピニオン外来
相談同意書

私（患者さまご氏名） _____ 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。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日（大正・昭和・平成） _____ 年 _____ 月 _____ 日生

_____（患者さまご氏名）

Ⓜ