

国立相模原病院 セカンドオピニオン外来相談 同意書

セカンドオピニオン外来担当医師 殿

私(患者本人氏名) _____ は、この同意書を持参した

(相談者氏名 _____)に対して、私の病気についての診断

および治療の内容、今後の見通しについて、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。

平成 年 月 日

(患者本人氏名) _____ 印

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