

国立病院機構相模原病院 セカンドオピニオン同意書

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

で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。

年 月 日

（患者本人氏名） _____ 印

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