

健和会大手町病院 セカンドオピニオン外来

相談同意書

私(患者氏名)_____は、本同意書を持参しました

(ご相談者氏名)_____ (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、今後の見通し等について意見や判断を延べ、
私の主治医宛での報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

(患者氏名)_____ 印

生年月日(大正・昭和・平成)_____ 年 月 日

(ご相談者氏名)_____

(ご住所)_____