公立甲賀病院セカンドオピニオン外来

相談同意書

私(患者さん)　　　　　　　　　　　　　　　　は、本同意書を持参しました(ご相談者)　　　　　　　　　　　　　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

対象者（患者さん）　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日（大正、昭和、平成、令和）　　　年　　　月　　　日