

坂総合病院 セカンドオピニオン

相談同意書

私(患者様氏名)

は、本同意書を持参した

(相談者様氏名)

(患者様との続柄)

に対して、私の疾患の診断及び治療内容、今後の見通しなどについて、貴院のセカンドオピニオン担当医師が意見や判断を述べることに同意します。また、貴院セカンドオピニオン担当医師が、私の主治医あての報告書を作成し、送付することに同意致します。

年 月 日

生年月日 T・S・H 年 月 日

患者様氏名

印