

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)_____ (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
見通しにつきまして、意見や判断を延べ、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

患者氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

戸田中央総合病院