

大田市立病院 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
下記の者に対して、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。

(相談者名) _____ (続柄) _____

(相談者名) _____ (続柄) _____

(相談者名) _____ (続柄) _____

大田市立病院長 殿

平成 年 月 日

住 所 _____

患者氏名 (自筆) _____ 印 _____

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) _____ 年 月 日生