

島田市立総合医療センター 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

診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、意見を述べること

と、私の主治医宛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

生年月日（大正、昭和、平成、令和） 年 月 日生

（患者様氏名）_____ 印