

南風病院セカンドオピニオン外来

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) 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。

年 月 日

生年月日 (大正、昭和、平成) 年 月 日生

(患者様氏名) 印