

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者氏名）_____は、

_____（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、私の主治医にも報

告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

署名 _____

住所 _____

連絡先番号 _____