

矢吹病院セカンドオピニオン外来 相談同意書

私対象者（患者さん）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。

平成 年 月 日

住所 _____

生年月日（大正、昭和、平成） 年 月 日生

対象者（患者さん） _____ 印