

# 平鹿総合病院 セカンドオピニオン外来 相談同意書

平鹿総合病院長 様

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します。

平成 年 月 日

患者様氏名

印

生 年 月 日 大正・昭和・平成 年 月 日生

住 所

連絡先電話番号