

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。

令和 年 月 日

患者様氏名

印

生 年 月 日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

住 所

連絡先電話番号