

淡海医療センター セカンドオピニオン外来

相 談 同 意 書

私、（患者氏名） _____ は、本同意書を持参しました
（ご相談者） _____ （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

対象者（患者氏名）

印

生年月日（大正・昭和・平成・令和）

年

月

日

生