

セカンドオピニオン外来相談同意書

藤田保健衛生大学病院長殿

私（患者氏名）_____は、本同意書を提出しました

（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、

意見や判断を述べる事、また私の主治医あての報告書が作成されることに同意

致します。

平成 年 月 日

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

（患者様氏名）_____ 印