

東近江総合医療センター 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及び治療内容、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致します。

令和 年 月 日

生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日生

(患者様ご氏名・自筆)

印