

セカンドオピニオン外来相談同意書

医療法人新松田会 愛宕病院 御中

私（患者様氏名）_____は、本同意書を持参しました
た（相談者氏名）_____（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
ついて、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

住所 _____

氏名（患者本人） _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日生

（代筆者氏名 _____ 印）