

徳島県鳴門病院セカンドオピニオン 相談同意書

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参しました
（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いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日 生