

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様氏名）_____は、本同意書を持参しました
（ご相談者氏名）_____（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、私の主治医宛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

社会医療法人松本快生会 西奈良中央病院院長 殿

患者様氏名 _____ 印

生 年 月 日 _____（明治・大正・昭和・平成・令和） 年 月 日生

※ ご相談者の方は、続柄を証明できるもの（健康保険証・免許証等）を
必ず持参ください。