済生会境港総合病院　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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

令和　　年　　月　　日

患者様氏名（自署）　　印

生年月日　大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日生