

北秋田市民病院 セカンドオピニオン外来 相談同意書

私（患者氏名） _____ は、同意書を持参しました。

（相談者） _____（続柄） _____ に対して、貴院担当医師が、

私の疾患に関する診断および治療内容、今後の見通しについて意見や判断を述べ、

私の主治医宛の報告書を作成する事に同意いたします。

西暦 年 月 日

署名 _____ 印

住所 _____

連絡先電話 _____