

福西会病院 センカンドオピニオン外来

相談同意書

私(患者さん氏名) _____ は、

以下の相談者に対して、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を作成される
ことに同意いたします。

【相談者①】 _____ (続柄 _____)

【相談者②】 _____ (続柄 _____)

年 月 日

(患者さん氏名) _____ 印

(生年月日) _____ 年 月 日生