

泉大津急性期メディカルセンター セカンドオピニオン外来
相談同意書

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持
参しました。

(ご相談者) _____ (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、私の主治医あての報告書が作成される
ことに同意いたします。

年 月 日

■住所 _____

■患者氏名 _____ (印)

■生年月日・性別 _____ 年 月 日生 (男 ・ 女)

■連絡先 (電話) _____

この同意書は患者本人が記入してください。