

セカンドオピニオン外来相談同意書

医療法人財団 神戸海星病院院長殿

わたし(患者氏名) _____ は、

(相談者氏名) _____ (続柄) _____ に対して

貴院担当の医師がわたしの疾患に関する診断及び治療内容や今後の見通しについて意見や判断を述べ、わたしの主治医宛てに報告書が作成されることに同意します。

平成 年 月 日

患者署名【 _____ (印) _____ 】

生年月日【 _____ 】