

名城病院 セカンドオピニオン

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
医師が私の疾病についての診断および治療内容、今後の見通し等につきまして、
意見や判断を述べ、報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成・令和）_____年 月 日

患者氏名 _____