

近江八幡市立総合医療センター 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
（相談者氏名）_____（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。

平成 年 月 日

生年月日（明治・大正・昭和・平成） _____ 年 月 日生

（患者様氏名）_____

⑩