

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。

令和 年 月 日

生年月日 年 月 日生

(患者氏名)_____