

小諸厚生総合病院 セカンドオピニオン外来

同意書

私（患者様氏名）_____は、本同意書を持参しました

（ご相談者）_____に対して、貴院担当医師が私の疾患に

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、意見や判断を延べ、

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（大正 ・ 昭和 ・ 平成） 年 月 日生

（患者様氏名）_____ 印