

セカンドオピニオン外来同意書

私は、本同意書を持参した相談者_____（続柄）に
対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容などの意見や助言を述
べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意します。

令和 年 月 日

公立岩瀬病院 院長 様

患者氏名

住 所

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

電話番号 () -

本書はやむを得ず患者さんが来院できず、ご家族だけで相談する場合に必要です。
「セカンドオピニオン外来申込書」と一緒に、事前に郵送してください。