

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者氏名）_____は、

_____（相談者氏名） <続柄> _____ に対して、

貴センター担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、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します。

令和 年 月 日

氏 名 _____ 印

住 所 _____