

セカンドオピニオン外来相談同意書

高知赤十字病院 御中

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
患についての診断及び治療内容、今後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

氏名 _____ 印 _____
住所 _____
連絡先 _____