

滋賀県立総合病院 セカンドオピニオン外来相談同意書

私 (患者さんの氏名) _____ 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。

年 月 日

生年月日 (大正、昭和、平成) _____ 年 月 日生

患者さんの氏名 _____ (印)

(自署の場合、印は不要です)

代筆者の氏名 _____