

セカンドオピニオン外来同意書

稲沢市民病院院長 様

私(患者本人) _____ は、この同意書を持参した
(ご相談者) _____ に、貴院担当医師が私の
病状に関する意見や説明を行なうこと及び今回の相談内容を診療情報提
供書にて現在の主治医に報告することに同意します。

令和 年 月 日

(患者本人)

住 所

氏 名

⑨

M・T・S・H・R

生年月日

年

月

日生