

白河厚生総合病院セカンドオピニオン外来

同意書

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、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、

私の主治医宛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

患者様氏名 _____ ⑩

生年月日(T・S・H・R) 年 月 日