

セカンドオピニオン外来相談同意書

富山西総合病院 殿

私は、この同意書を持参した下記の者に対し、貴院担当医が私の疾患に関する診断内容や今後の治療方針等について意見や判断を述べ、今回の相談内容を私の主治医宛に文書にて報告することに同意します。

西暦 年 月 日

患者さんの氏名

生年月日 西暦 年 月 日

住所

【同意を与えたご家族】

① ご家族の氏名

患者さんとの続柄

生年月日 西暦 年 月 日

住所

② ご家族の氏名

患者さんとの続柄

生年月日 西暦 年 月 日

住所