

市立釧路総合病院・セカンドオピニオン

相談同意書

私（患者様氏名） _____ は、この同意書を持参しました
（ご相談者氏名） _____ に対して、貴院担当医師が私の
疾患についての診断・治療内容・今後の見通しなどについて、意見や判断を述
べ、私の主治医宛ての報告書を作成することに同意いたします。

年 月 日

生年月日 _____ 年 月 日 _____

患者様氏名 _____ 印 _____

ご相談者氏名 _____

住所 _____

連絡先 _____