

秋田厚生医療センター セカンドオピニオン外来
相談同意書

私は、(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました。

(相談者) _____ (続柄) _____ に対して、貴院担当医師が
私の疾患に関する診断および治療内容、今後の見通しについて意見や判断を
述べ、私の主治医宛の報告書を作成することに同意します。

(西暦) 年 月 日

署 名 _____ 印 _____

住 所 _____

連絡先電話番号 _____