

岩手県立二戸病院 セカンドオピニオン外来

相 談 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および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断

を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

平成 年 月 日

患者様氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生