

国立病院機構信州上田医療センターセカンドオピニオン外来 相談依頼同意書

私（患者様氏名）_____は、本同意書を持参しました

（ご相談者氏名）_____（続柄）_____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、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日生

住 所 _____

氏 名 _____ 印