

(家族等による相談の場合に持参していただく同意書)

市立加西病院

セカンドオピニオン外来相談同意書

市立加西病院長 様

私(患者氏名) _____ は同意書を持参した
(相談者の氏名)(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、文書(本人説明文書または主治医宛意見書)が
作成されることに同意いたします。

署名欄

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日 _____ (大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____