岡谷市民病院　セカンドオピニオン外来

相談委託同意書

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、今後の見通しなどに関して意見や判断を述べること、および、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。

令和　　年　　月　　日

生年月日（大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日生

患者様氏名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿