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、今後の見直しに

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

同意いたします。

令和　　年　　月　　日

生年月日（T・S・H・R）　　年　　月　　日生

患者様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

2019/5/1作成