札幌共立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

（相談者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、貴院担当医師が

私の疾患についての治療内容、今後の見通し等につきまして、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

患者様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日（明治・大正・昭和・平成）　　年　　月　　日