

社会医療法人美杉会佐藤病院
セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参しました
（ご相談者）_____（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、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたし
ます。

年 月 日

生年月日 （大正・昭和・平成） 年 月 日生

（患者さまご氏名）_____

⑩