

N T T 東日本札幌病院 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

(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 (明治・大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

(患者氏名) \_\_\_\_\_

Ⓜ