

西宮市立中央病院 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。

平成 年 月 日

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生

(患者さまご氏名) _____