

大和高田市立病院 セカンドオピニオン同意書

大和高田市立病院長 様

私 _____ は、本同意書を持参しました
_____ (相談者氏名) _____ 続柄) が、
貴院担当医師に対して、私の疾患についての診断・治療内容・今後の見通しについて意見や判断を聞くセカンドオピニオン外来を受けることに同意します。

令和 年 月 日

氏 名 _____ 印

生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

住 所 _____

連 絡 先 _____

*同意書の記入は患者さんの自筆でお願い致します。

*相談者は、本人を証明するもの（保健証、運転免許など）をご持
下さい。