

松江市立病院 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。

令和 年 月 日

住 所 _____

生年月日(明治・大正・昭和・平成) _____ 年 月 日生

患者さまご氏名(自筆) _____ ⑩