

(様式2)

高島市民病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私(患者さま氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(ご相談者) _____ に対して、貴院担当医師が私の疾患に

ついで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します。

令和 年 月 日

生年月日(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生

フリガナ

患者さま氏名 _____ 印

代筆者氏名

* 相談者は、相談者本人を証明するもの(免許証・保険証など)をご持参ください。