

特定医療法人博愛会 一関病院

セカンドオピニオン外来受診同意書

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

についての診断及び治療内容、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。

平成 年 月 日

患者さま氏名 _____ 印

住所 _____

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

連絡先 _____