

セカンドオピニオン外来相談同意書

盛岡赤十字病院長 殿

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、私の疾患に関する現在の主治医の診断および治療内容等について意見や判断を述べ、私の主治医あてに報告書が作成されることに同意します。

令和 年 月 日

患者さま氏名 _____ 印

生 年 月 日 _____ 年 月 日生
明・大・昭
平・令