

<安来市立病院 セカンドオピニオン同意書>

安来市立病院院長 殿

私 _____ は、本同意書を持参しました _____
(患者氏名) (相談者氏名)

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や今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意します。

平成 年 月 日

患者氏名 _____ 印