

市立貝塚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、意見や判断を聞くことを同意いたします。

また、紹介状を持参した場合には、私の主治医宛に報告書が作成さ
れることに同意いたします。

令和 年 月 日

(住所) _____

(患者様氏名) _____ (印)

(生年月日・性別) 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 男・女

(連絡先TEL) _____