

高島平中央総合病院セカンドオピニオン相談に関する同意書

私（患者様氏名）_____は、（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および治療内容、今後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いたします。

平成_____年_____月_____日

生年月日（大正、昭和、平成）_____年_____月_____日生

（患者様氏名）_____印