

(医) 医幸会 喜多村脳神経クリニック

セカンドオピニオン外来

相談同意書

私 (患者様氏名) は、本同意書を持参
しました (相談者氏名) (続柄) 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いたします。

平成 年 月 日

患者様御署名 印

生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日

御住所