

府中病院 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

- 住 所 _____
- 患者様氏名 _____ (印)
- 生年月日・性別 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (男・女)
- 連絡先(電話) _____