

市立函館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、意見や判断を延べ、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(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生

(患者さまご氏名)