

市立岸和田市民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、意見や診断を聞くことに同意いたします。

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） _____

（患者氏名） _____ 印

（生年月日・性別） M・T・S・H・R 年 月 日（男・女）

（連絡先 TEL） _____