

# 丸の内病院セカンドオピニオン外来

## 相談委託同意書

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました。

（ご相談者氏名）\_\_\_\_\_（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

生年月日（大正、昭和、平成） 年 月 日生

（患者様氏名）\_\_\_\_\_ ㊟

