

セカンドオピニオン外来相談同意書

医療法人社団史世会 町田胃腸病院 院長殿

私（患者氏名） _____ は、本同意書を提出しました

（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、今後の見通しにつつま

して、意見や判断を述べる事、また私の主治医あての報告書が作成されるこ

とに同意致します。

平成 年 月 日

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

患者様氏名 _____ (印)