

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様署名） _____ は、本同意書を持参しました

相談者氏名 _____ 患者様との続柄（ _____ ）

相談者氏名 _____ 患者様との続柄（ _____ ）

相談者氏名 _____ 患者様との続柄（ _____ ）

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、今後見通し等について、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。

年 月 日

伊勢赤十字病院長 様

患者様

氏名 _____ 印

生年月日（大正・昭和・平成・令和） _____ 年 月 日生

伊勢赤十字病院