

セカンドオピニオン外来 相談同意書

(家族等による相談の場合の同意書)

医療法人社団 土田病院
院長 土田 茂 様

私(患者さん氏名) _____ 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及び治療内容、今後の見通しにつきまして、

意見や判断を述べ、私の主治医宛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

患者さん本人の

住 所

氏 名

印

注1) 同意書の記入は患者さんの自筆でお願いいたします。

注2) 相談者は、相談本人を証明するもの(運転免許証、パスポート、保険証など)をご持参ください。