

紫香楽病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私(患者様氏名_____)は、

本同意書を持参しました(ご相談者_____)に対して、紫香楽病院担当
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を作成することに同意いたします。

平成____年____月____日

患者様住所 _____

患者様氏名 _____印

生年月日 (大正、昭和、平成)いずれかに○ _____年____月____日 生