

セカンドオピニオン外来相談同意書

康生会 武田病院
院長殿

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(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診断および治療内容、今後の見通し
につきまして意見や判断を述べ、私の主治医あてに所見書を渡すことに
同意いたします。

令和 年 月 日

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生

患者氏名(自署) _____

代筆者氏名(自署) _____ (続柄: _____)

*相談同意書は患者様の自筆で記入願います。自筆で記入できない場合は、
代筆者が記入し、代筆者氏名欄に署名願います。