

霧島市立医師会医療センター セカンドオピニオン外来
相談同意書

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の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、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたし
ます。

年 月 日

生年月日 (大正・昭和・平成・令和) _____ 年 月 日生

(患者さまご氏名) _____

⑩