

竹田総合病院セカンドオピニオン外来

同意書

私（患者さん氏名）_____は、本同意書を持参しました

（ご相談者）_____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

患者さん氏名_____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生