

横浜市立みなと赤十字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、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

（患者様氏名 _____ ） 印