

セカンド・オピニオン外来同意書

大阪中央病院 御中

患者氏名 印
(自筆でお願いします)

住所

TEL — () —

私(患者氏名) 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
及び治療内容、今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医宛に報告書
が作成されることについて同意します。

平成 年 月 日