

佐久総合病院セカンドオピニオン外来

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。

平成 年 月 日

年月日（大正）・昭和・平成） 年 月 日生

（患者様氏名）_____ 印