

地域医療機能推進機構 北海道病院
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。

平成 年 月 日

生年月日 (大正・昭和・平成) _____ 年 月 日生

(患者様氏名) _____ 印