

手稲溪仁会医療センター セカンドオピニオン外来

相 談 同 意 書

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参しました

（ご相談者）_____（続柄）_____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、
意見や判断を述べることに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

（患者さまご氏名）_____