

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

(患者氏名) _____

⑩ _____