

(家族等による相談の場合に持参していただく同意書)

赤穂市民病院
セカンドオピニオン外来相談同意書

赤穂市民病院長 様

私(患者氏名)_____は、本同意書を持参した
(相談者の氏名)(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、文書(本人説明文書または主治医宛意見書)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

患者氏名