

セカンドオピニオン外来 相談同意書

日本大学病院
病院長 殿

私(患者氏名) _____ は、

(相談者氏名) _____ (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、私の主治医にも報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

自署署名又は記名押印 _____ 印

住 所 _____

連絡先電話番号 _____

なお、当日、患者様とご相談者との関係を証明するもの(住民票、戸籍謄本等)をご提示いただきます。