横浜市立みなと赤十字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