

公立甲賀病院セカンドオピニオン外来

相 談 同 意 書

私(患者さん) \_\_\_\_\_ 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。

令和      年      月      日

対象者（患者さん）

印

生年月日（大正、昭和、平成、令和）      年      月      日