

国立病院機構 別府医療センター セカンドオピニオン外来

相談同意書

私 (患者様ご氏名) は、本同意書を持参しました
(ご相談者ご氏名) (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

(患者様ご氏名) (印)

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生