

セカンドオピニオン外来同意書

越谷市立病院院長 あて

私（患者氏名）_____は、

（相談者氏名）_____に対して

医師が私の疾患についての診断および治療内容等について、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します。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____