

府中病院 セカンドオピニオン外来  
相談同意書

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持  
参しました。

(ご相談者) \_\_\_\_\_ (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。

年 月 日

■住 所 \_\_\_\_\_

■患者様氏名 \_\_\_\_\_ (印)

■生年月日・性別 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(男・女)

■連絡先(電話) \_\_\_\_\_

この同意書は患者様本人が記入してください。