

医療法人社団 豊智会 セカンドオピニオン外来
相談同意書

医療法人社団 豊智会 理事長 殿

私 (患者様氏名) _____ は、本同意書を持参した

(相談者様氏名) _____ (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
に同意いたします。

日付 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 印

西暦
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

住所 _____

電話番号 (_____) _____

※本同意書は全て患者様本人がご記入ください。