

国立病院機構 大阪南医療センター 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。

平成 年 月 日

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

（患者様氏名）_____ ㊞