

日産厚生会玉川病院
セカンドオピニオン 同意書

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました
(相談者氏名) _____ (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

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生

患者さま氏名 _____ 印