

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。

令和 年 月 日

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

患者さま氏名 _____ ⑩