

(様式4)

産業医科大学病院
セカンドオピニオン外来 同意書

私(患者さん氏名) _____ は、本同意書を持参しました
_____(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。

令和 年 月 日

生年月日(大正、昭和、平成、令和) 年 月 日生

(患者さん氏名) _____ 印

※続柄を確認できる書類(戸籍抄本等)の控えをとらせていただきます。