広島記念病院　セカンドオピニオン同意書

私（患者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　は、この同意書を持参した

（相談者）　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）　　　　　　　に対し、

貴院担当医師が私の疾病についての診断及び治療内容、今後の見通し等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します。

　　　　年　　　月　　　日

生年月日（明治・大正・昭和・平成）　　　　年　　　　月　　　　日

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印