

## 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