

藤沢市民病院 セカンドオピニオン外来

相 談 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、
藤沢市民病院担当医師が、私の疾患についての診断及び治療内容等、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。

年 月 日

相談者住所

相談者氏名

患者住所

患者生年月日 年 月 日

患者氏名

①

※本人が相談者の場合はこの相談同意書は不要です