

セカンドオピニオン相談同意書

医療法人 蒼龍会
武蔵嵐山病院 殿

私は、相談者である

_____ (ご相談者様氏名)(続柄) _____ に対して

貴院担当医師が私の疾病についての診断および治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べること及び主治医あての報告書が作成され、返送されることに同意致します。

平成 年 月 日

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生

患者様氏名 _____ 印