

長浜赤十字病院セカンドオピニオン外来

相 談 同 意 書

私（患者さま） _____ は本同意書を持参しました

（ご相談者） _____ 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を同意いたします。

令和 年 月 日

対象者（患者さま） _____

生年月日（大正 昭和 平成 令和） 年 月 日