

「セカンドオピニオン外来」相談同意書

私(患者さま氏名) _____ 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、診療内容及び今後の見通し等につきまして、
意見や判断を述べることについて、同意いたします。

令和 年 月 日

(患者さま氏名) _____ 印

(生年月日) 大正・昭和・平成 年 月 日生

独立行政法人国立病院機構 甲府病院長 殿