

セカンドオピニオン外来相談同意書

石川県済生会金沢病院長 殿

私（患者氏名） _____ は、本同意書
を持参しました（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、意見や判断を述べること、およ
び、現在受診中の医療機関の主治医宛に私の疾患についての
報告書が作成されることに同意します。

ご 相 談 者
住 所

患者との続柄

平成 年 月 日

患者氏名

_____ 印