

獨協医科大学埼玉医療センターがんに関するセカンドオピニオン外来
相談同意書

私、(患者さん氏名) _____ は、本同意書を持参いた

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及び治療内容、今後の見通しについて、意見や判断

を述べ、私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意いたします。

令和 年 月 日

生年月日(大正・昭和・平成・令和) _____ 年 月 日生

(患者さん氏名) _____ 印