

多摩南部地域病院 セカンドオピニオン外来

相談同意書

多摩南部地域病院
院長 大貫明様

私（患者氏名）_____ は、本同意書を
持参しました（相談者）_____（続柄）_____ に対
して、多摩南部地域病院担当医師が私の疾患についての現況および今後の意見
や判断を述べること、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意致します。

令和 年 月 日

〒 _____

住所 _____

患者氏名 _____

印

生年月日（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日生

電話番号 _____