

セカンドオピニオン外来 相談同意書

群馬県済生会前橋病院 院長 様

私（患者）は、本同意書を持参しました下記相談者に対して、
貴院担当医師より私の疾患についての診断および治療内容、その他
意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意
いたします。

平成 年 月 日

患者本人

住所： _____

患者 氏名（署名）： _____ 印

患者 生年月日：（大正・昭和・平成） 年 月 日 生

相談者

住所： _____

相談者（署名）： _____ 続柄： _____

※相談者は、相談者本人を証明できるものを（運転免許証・健康保険証等）を
ご持参下さい。

群馬県済生会前橋病院