

国立病院機構水戸医療センター セカンドオピニオン外来

相談委託同意書

私 (患者様氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(ご相談者氏名) _____ (続柄) _____ 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、
意見や診断を述べ、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

生年月日 (大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住 所 _____

氏 名 _____ 印