

群馬大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来 相談同意書

— 患者さんと相談申込者が異なる場合の同意書 —

私(患者さん氏名) _____ は、この同意書を持参した
(相談申込者) _____ 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、私の主治医あて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

(患者さん氏名) _____ (自署)