

大阪複十字病院 セカンドオピニオン外来
相談同意書

私 (患者氏名) _____ は、本書同意書を持参しました

(相談者) _____ (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、意見や判断を
聞くことに同意いたします。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者さんご本人

(氏 名) _____ (印)

(生年月日) 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(住 所) _____

(電話番号) _____