

砂川市立病院 セカンドオピニオン

相談同意書

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参しました
（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及び治療内容、今後の見通
しについて、意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報告書が作成さ
れることに同意いたします。

令和 年 月 日

生年月日（西暦） 年 月 日生

（患者氏名）

注 1) 同意書の記入は患者本人の自筆でお願いします。

注 2) 相談者は、相談本人を証明するもの（保険証、運転免許証など）をご持参
ください。