

公立学校共済組合関東中央病院セカンドオピニオン外来
相談同意書

私（患者様氏名）_____は、本同意書を持参しました
（ご相談者）_____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、今後見通しにつきまして、意見や判断
を述べ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

（患者様氏名）_____ 印