

公立学校共済組合関東中央病院セカンドオピニオン相談

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