

セカンドオピニオン外来 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) _____ (続柄) _____ に対して、
済生会京都府病院担当医師が、私の疾患についての現状及び今後の意見
や判断を述べること、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

患者氏名: _____ ⑩

生年月日: 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生