

(家族等による相談の場合に持参していただく同意書)

三田市民病院
セカンドオピニオン外来 相談同意書

三田市民病院長 殿

私(患者氏名)_____は、本同意書を持参した
(相談者の氏名)(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、意見や判断を述べ、文書(本人
説明文書または主治医意見書)が作成されることに同意いた
します。

署名欄

平成 年 月 日

(生年月日) (大正・昭和・平成) _____年 月 日

(患者氏名)_____