

国立病院機構 千葉東病院セカンドオピニオン外来
相 談 同 意 書

私(患者様お名前) _____ は、本同意書を持参しました

(ご相談者お名前) _____ に対して、貴院担当医師が私の疾病に

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、

私の主治医あての報告書が作成されることに同意致します。

令和 年 月 日

住 所

署 名

(患者様お名前)

印

連絡先

(電話番号)