

国立病院機構千葉医療センター千葉東病院
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)