

(様式2)

セカンドオピニオン外来相談同意書

藤田医科大学病院長

私 (患者氏名) は、本同意書を提出しました。

(ご相談者) (続柄) に対して、

貴院の専門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、意見や判断を述べる事、また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。

ご署名日 年 月 日

生年月日 (明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生

(ご署名) 印