山形大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来

相談同意書

私 対象者（患者さん）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました（ご相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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いたします。

平成　　年　　月　　日

生年月日（大正、昭和、平成）　　年　　月　　日生

対象者（患者さん）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印