横浜労災病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました

（相談者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（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、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。

年　　月　　日

患者様ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿年　　月　　日生

ご住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿