

(様式4)

産業医科大学病院
セカンドオピニオン外来 同意書

私(患者様氏名) _____ は、本同意書を持参しました
_____(ご相談者) _____ (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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日(明治・大正、昭和、平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

_____(患者様氏名) _____ 印

※続柄を確認できる書類(健康保険証等)の控えをとらせていただきます。