仙台医療センター　セカンドオピニオン外来

# 相談同意書

私（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参した（ご関係・間柄）＿＿＿＿＿＿（ご相談者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿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

生年月日　　年　　月　　日生

（患者様氏名）　　印

2019 年 6 月 11 日　作成