

※ご家族のみが来院される場合

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