

健康保険 人吉総合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、本同意書を持参いたしました

(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(大正 ・ 昭和 ・ 平成) 年 月 日生

(患者様氏名) _____ 印