

大阪府済生会富田林病院セカンドオピニオン外来

同 意 書

私、(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(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。

令和 年 月 日

生年月日 (明治・大正・昭和・平成・令和) _____ 年 月 日

患者氏名 _____ (自署)