おなかとおしりのクリニック 東京大塚 セカンドオピニオン

外来相談同意書

私（患者氏名）　　は、本同意書を持参しました

（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します。

年　月　日

患者氏名　　印

生年月日　　大正・昭和・平成　　年　　月　　日生