

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