

獨協医科大学病院

がんに関するセカンドオピニオン外来

相談同意書

私(患者さん氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(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(大正・昭和・平成) _____ 年 月 日生

(患者さん氏名) _____ 印