

(様式2)

岐阜県立多治見病院

セカンドオピニオン外来同意書

私 (患者様氏名) _____ 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 (大正・昭和・平成・令和 年 月 日生)

(患者様氏名) 印