

今給黎総合病院
セカンドオピニオン外来
相談同意書

相談者	続柄 ()
-----	--------

私は、上記の者に対して、今給黎総合病院の担当医師が、私の病気についての診断 及び 治療内容・今後の見通し等について、意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意致します。

住所

氏名

印

相談者の身分を確認させていただきますので、身分を証明出来るものをご持参下さい