

済生会今治病院セカンドオピニオン外来同意書

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いたします。

なお、同意した相談者により個人情報が漏洩した場合の責任は、私本人にあることを承知いたします。

平成 年 月 日

済生会今治病院長 殿

患者氏名 _____ ⑩

生年月日(明・大・昭・平) 年 月 日 生