

三菱京都病院 セカンドオピニオン外来
相 談 同 意 書

(患者様氏名)

私

は、本同意書を持参しました

(ご相談者氏名)

に対して、貴院担当医師が私の疾患についての

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致します。

年 月 日

生年月日

大正・昭和・平成 年 月 日生

患者様氏名

印

* 家族であることを証明出来るもの(健康保険証 等)を 必ず持参して下さい。