

セカンドオピニオン外来同意書

私（患者）は下記の相談者に、稲城市立病院担当医が、私の疾患についてのセカンドオピニオンを行い、病状等について説明することと、診断・治療内容・見通し等の意見・判断について話をすることに同意します。

令和 年 月 日

稲城市立病院長

齋藤 淳一 殿

患者住所 _____

患者氏名 _____ 印

電話番号 _____

相談者住所 _____

相談者氏名 _____ (印不要)

電話番号 _____