

セカンドオピニオン同意書

横須賀市立総合医療センター 病院長 あて

私（患者氏名） _____ は、本同意書を持参した

（相談者氏名） _____ （続柄） _____ に対して

貴院担当医師が、私の疾患の診断や治療内容、今後の見通しについて、意見や判断を述べ主治医宛の診療情報提供書が作成されることに同意します。

年 月 日

患者氏名 _____ （自署）

横須賀市立総合医療センター