

横浜掖済会病院 セカンドオピニオン外来  
相談同意書

私（患者氏名）\_\_\_\_\_は、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。

平成 年 月 日

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

（患者さまご氏名）

⑩