# 朝倉医師会病院

# セカンドオピニオン外来同意書②

私、（患者氏名：　　）は、

（相談者：　　）に対して、貴院担当医師が

私の病気についての診療および治療内容、今後の見通しについて、

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ついて

同意いたします。

年　　月　　日

生年月日　　年　　月　　日生

患者氏名