

セカンドオピニオン外来 相談同意書

水戸赤十字病院

院長 満川 元一 様

私は、本同意書を持参しました相談者に対して、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、今後の見通し等につきまして、意見や判断を受けることについて同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日（明治 大正 昭和 平成） 年 月 日生

患者氏名 _____ 印

相談者氏名 _____ 印

患者との続柄（ _____ ）

※ご本人の場合は記入不要です。

水戸赤十字病院