

公立学校共済組合四国中央病院セカンドオピニオン相談  
同意書

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました  
（ご相談者氏名）\_\_\_\_\_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、今後見通しにつきまして、意見や  
判断を述べることに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日生

住 所 \_\_\_\_\_

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印