

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。

年 月 日

生年月日 _____ 年 月 日生

住 所 _____

患者様氏名 _____ 印