

(様式 2)

水戸済生会総合病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私 対象者（患者様） は、本同意書を持参しました
（ご相談者） 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。

令和 年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日生

対象者（患者様） 印