

杏林大学医学部附属杉並病院セカンドオピニオン外来

相談同意書

私（患者様氏名）_____は、

（面談者様氏名）_____（続柄：_____） に対して、

貴院担当医師が私の疾患について、治療内容と今後の見通しにつきまして、

参考意見を述べ、私の主治医宛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

（患者様氏名）_____ 印

（患者様住所）_____

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和）_____年_____月_____日生

相談同意書について

相談同意書は、本人代理としてご家族のみで面談に参加する場合に必要となります。患者さんの直筆で各事項をご記入の上、申込書とまとめてご郵送いただくか、面談日にご提出ください。