

武蔵野赤十字病院セカンドオピニオン同意書

武蔵野赤十字病院 院長殿

私（患者氏名）_____は、貴院担当医が

（相談者）_____（私との続柄：_____）に、

私の疾患についての診断や治療方針などについて意見を述べること、

私の主治医宛での報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

〒 _____

住所 _____

患者氏名 _____

印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

電話番号 _____ (_____) _____