国立病院機構相模原病院　セカンドオピニオン同意書

セカンドオピニオン外来担当医師　殿

私（患者本人氏名）　　　　　　　　　　　　　　は、この同意書を持参した

（相談者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　）に対して、私の病気についての診断および治療の内容、今後の見通しについて、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。

　　　年　　　月　　　日

（患者本人氏名）　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　生年月日（大正・昭和・平成・令和）　　　年　　　月　　　日生