

愛知医科大学病院

がんセカンドオピニオン外来相談同意書

同 意 書

私（患者氏名）_____は、

（相談者氏名）_____（続柄）_____に対して、

貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の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（明・大・昭・平・令） 年 月 日生

（患者氏名）_____ 印

愛知医科大学病院長殿