

聖マリア病院

セカンドオピニオンに関する同意書

社会医療法人 雪の聖母会
聖マリア病院 病院長 殿

私 **(患者氏名)** _____ は、

(相談者氏名) _____ **(患者との続柄 : _____)**

に対して貴院の担当医師が、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を作成されることに同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 : _____ 印

生年月日 : _____