

国家公務員共済組合連合会立川病院

セカンドオピニオン外来

相談同意書

私(患者様氏名) _____ は、本同意書を持参しました

_____(ご相談者) _____ に対して、貴院担当医師が私の疾

患についての診断および治療内容、今後、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。

年 月 日

生年月日 _____ 年 月 日生

_____(患者様氏名) _____ 印