

信州大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来

相談委託同意書

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました

(ご相談者氏名) \_\_\_\_\_ (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(大正・昭和・平成・令和) \_\_\_\_\_ 年 月 日生

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 印