# 公立学校共済組合東海中央病院セカンドオピニオン相談

# 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）　　年　　月　　日生

（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印