

**JR 札幌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

（相談者氏名）_____に対して、貴院担当医師が私

の疾患についての治療内容、今後の見通し等につきまして、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

（患者氏名）_____ 印