

滋賀医科大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来

相談同意書

私 対象者（患者本人） は、本同意書を持参しました  
（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

対象者（患者氏名） 印

生年月日 年 月 日生