

相模原協同病院セカンドオピニオン外来
相 談 同 意 書
(ご本人用)

JA 神奈川県厚生連
相模原協同病院 病院長 殿

私(患者氏名) _____ は、相模原協同病院の医師が、
私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しなどにつきまして、
意見や判断を述べ、私(患者)の主治医あての報告書等が作成される
ことに同意いたします。

平成 年 月 日

患者氏名 _____ ①

生年月日(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 生

ご住所 _____