

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）

神奈川県厚生農業協同組合連合会
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。

年 月 日

患者氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日 生

ご住所 _____