

小田原市立病院 セカンドオピニオン外来同意書

小田原市立病院 殿

私（患者様氏名） _____ は、本同意書
を提出しました（相談者氏名） _____

（続柄： _____）が貴院担当医師から私の疾患につい
ての診断、治療及び今後の見通しなどについて意見や判断
を聞くことに同意いたします。

※西暦でご記入ください

記 入 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様氏名 _____ 印

生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生