

長野県立こども病院セカンドオピニオン外来 同 意 書

私（患者さん氏名）_____は、本同意書を持参しました
（ご相談者氏名）_____に対して、貴院担当医師が私の
疾患についての診断及び治療内容、今後の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。

令和 年 月 日

生年月日（昭和・平成・令和） 年 月 日生

（患者さん氏名）_____ 印