がんセカンドオピニオン外来同意書（様式２）

※ご家族のみで相談する場合は必ずご記入をお願いします

※当日原本をご持参ください

山形県立新庄病院長殿

私（患者さん氏名）　　　　　　　　　　　は、貴院担当医が（相談者）　　　　　　　　　　に対して、私の疾患に関る診断、治療内容及び今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医あてに報告書を作成することに同意いたします。

令和　　　年　　　　月　　　　日

患者さん氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

≪注≫

患者さん本人が記入押印してください。