

徳島大学病院セカンドオピニオン外来
相談同意書

私（患者ご本人氏名）
（ご相談者氏名）
は、本同意書を持参しました
に対して、貴院担当医師が私の疾病に
ついての診断および治療内容、今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医
あてに報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

徳島大学病院長 殿

患者ご本人 住所

患者ご本人 氏名

印

患者ご本人 生年月日（ 年 月 日）