

(公財)東京都保健医療公社荏原病院 セカンドオピニオン外来

相 談 同 意 書

私 (患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を

持参しました (相談者) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

に対して、(公財) 東京都保健医療公社荏原病院担当医師が私の疾患について  
の  
現状および今後の意見や判断を述べること、及び私の主治医あての報告書が作  
成されることに同意致します。

平成            年            月            日

患者住所 : \_\_\_\_\_

⑩

患者氏名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : 明治・大正・昭和・平成    年    月    日生