

千葉市立海浜病院
セカンドオピニオン外来同意書

千葉市立海浜病院 病院長

私 _____ は、セカンドオピニオンを受けるにあたり本状を持参した
_____ (患者との関係： _____) に対して、私の疾患についての
診療情報を提供し、これをもとに意見・判断を求めること、またセカンドオピニオンを担当した
医師から私の主治医あてに報告書が作成されることに同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名*： _____
※ 自筆署名または記名押印

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

千葉市立海浜病院

