

いわき市医療センター セカンドオピニオン同意書

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参しました。

（ご相談者）_____に対して、貴センター担当医師が私の疾患についての診断内容及び治療方針、今後の見通しなどについて、意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日

（患者氏名）_____ 印