

がんセカンドオピニオン外来同意書

私、(患者様氏名) _____ は、以下の行為について同意します。

- 1) 本同意書を持参しました、(ご相談者氏名) _____ (ご関係) _____
に対して、名古屋記念病院担当医師が、私の疾患についての診断及び治療
内容、今後の見通し等について、意見や判断を述べること。
- 2) 私の主治医宛の報告書が作成されること。

年 月 日

患者様：氏 名： _____ 印

住 所 _____

生年月日： _____ 年 月 日生

電話番号： _____

名古屋記念病院