

セカンドオピニオン外来相談同意書

群馬県立がんセンター院長 あて

私（患者氏名 _____）は、本同意書を持参しました者
（相談者氏名） _____ 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及び診療内容、今後の見通しにつきまして、意見や
判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

令和 年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成） _____ 年 月 日生

患者氏名 _____ 印