柏葉脳神経外科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）　　　　　　　　　　　　　　（患者さんとの続柄　　　　　　）に

対して、柏葉脳神経外科病院　担当医師が私の疾患についての治療内容および、

診断、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。

　　　年　　　月　　　日

生年月日（大正、昭和、平成、令和）　　　　年　　　月　　　日生

（患者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印