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