

セカンドオピニオン相談同意書

広島市立広島市民病院 病院長 様

患者氏名（相談依頼者） _____ (印)

令和 年 月 日

私は、貴院へ通院することが困難なため

（相談受任者名） _____

に、貴院担当医師が私の疾患について、治療内容、今後の見通しなどについて意見や判断を述べてもらうことに同意します。