

三井記念病院 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) _____ (続柄) _____ に対して、

三井記念病院担当医師が私の疾患についての現状及び今後の意見や判断を
述べること、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

患者氏名 : _____ ⑩

生年月日 : 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
