

## 前橋赤十字病院 セカンドオピニオン同意書

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_は、

本同意書を持参しました（ご相談者）\_\_\_\_\_に対して、

前橋赤十字病院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しに

ついて、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書を作成されることに同意いたします。

西暦 年 月 日

（患者様住所）〒\_\_\_\_\_

（患者様氏名）\_\_\_\_\_ 印

（ご相談者との続柄）\_\_\_\_\_

（生年月日）【大正・昭和・平成・令和】 年 月 日生