

令和 年 月 日

船橋市立医療センター
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
（ご相談者）_____（続柄）_____に対して、
貴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。

患者氏名 _____ ㊟

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和） _____ 年 月 日生