

武蔵野赤十字病院セカンドオピニオン同意書

武蔵野赤十字病院
院長 泉 並 木 様

私（患者氏名）_____は、貴院担当医が

（申請者）_____（私との続柄：_____）

に対して、私の疾患についての診断や治療内容などについて、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

〒 _____

住所 _____

患者氏名 _____

印

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

電話番号 _____（ _____ ）