## 浜松医科大学医学部附属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	書を持刻	参しまし	た。
(ご相談者	<del>(</del> )			に対	すして、	貴院担当	当医師か	私の
疾患につい	っての診断	<b>折および</b> 浴	治療内容、今後見	通しに	こつきま	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。								
令和	年	月	日					
	生年月日	一(大正・	昭和・平成・令	和)	年	<u> </u>	1	日生
	(患者足	(名)					印	