

# 市立芦屋病院 セカンドオピニオン外来 相談同意書

私 （患者さまご氏名） は、本同意書を持参  
しました （ご相談者） （続柄） に対して、  
市立芦屋病院担当医師が私の疾患についての診断および診療内容、今後の見通  
しにつきましては、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 （明治・大正・昭和・平成・令和） 年 月 日 生まれ

（患者氏名）

