

心臓血管センター 金沢循環器病院 セカンドオピニオン外来 相談同意書

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、

心臓血管センター金沢循環器病院 担当医師が私の疾患についての診断および
治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての
報告書を作成することに同意いたします。

令和 年 月 日

（患者様住所）

（患者様氏名）

印

（生年月日）[大正・昭和・平成] 年 月 日生