大阪警察病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者署名）　　は、本同意書を持参しました

相談者氏名　　患者との続柄（　　）に対して、

大阪警察病院担当医師が、私の疾患についての治療内容及び診断、今後の見通し等につきまして意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

年　　月　　日

大阪警察病院長　殿

患者氏名　　印

生年月日（大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日生

※　患者さん・ご相談者双方の身分が証明できるもの（健康保険証、免許証等）を必ず持参願います。