

## 受診同意書

市立豊中病院セカンドオピニオン外来を受診するに際し、必要事項を了解しました。

別紙の診療申込書を添えて、セカンドオピニオン外来の受診を申し込みします。

年 月 日

ふりがな  
患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印

同席者氏名 \_\_\_\_\_

(患者様との続柄： \_\_\_\_\_)

同席者氏名 \_\_\_\_\_

(患者様との続柄： \_\_\_\_\_)