

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、

貴院の担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通し等について、
意見や判断を述べること、及び、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。

平成 年 月 日

患者氏名_____⑩

生年月日（大正・昭和・平成）_____年 月 日生

※ 本書は、セカンドオピニオン外来申込書と併せてご提出ください。
なお、患者さまとご相談者さまの関係を証明するもの（健康保険証、住民票、
戸籍謄本等）をご提示いただきます。