

## 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。

(西暦) 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日（西暦） \_\_\_\_\_ 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。