

[様式2]

セカンドオピニオン外来相談同意書

私(患者様署名) _____ は、本同意書を持参しました

(ご相談者氏名) _____ (患者様との続柄(_____)) に対して、

貴院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、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。

年 月 日

生年月日(西暦) _____ 年 月 日生(_____ 歳)

(患者様氏名) _____ 印

※ 家族であることを証明できるもの(健康保険証・免許証等)を必ず持参
してください