

(別紙 1)

セカンドオピニオン外来 相談同意書

年 月 日

私 (患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました

(相談者) \_\_\_\_\_

(患者との続柄) \_\_\_\_\_

に対して貴院担当医師が自身の疾患について、現在治療を受けている主治医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、主治医宛ての報告書が作成され、返送されることに同意いたします。

記入日 年 月 日

(フリガナ)

患者氏名 \_\_\_\_\_

患者住所 \_\_\_\_\_

患者連絡先 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

年 \_\_\_\_\_

月 \_\_\_\_\_

日 \_\_\_\_\_