

## 日生病院 セカンドオピニオン外来 相談同意書

私（患者様氏名 \_\_\_\_\_）は、本相談同意書を持参しました

（ご相談者） \_\_\_\_\_（続柄） \_\_\_\_\_ に対して、

貴院担当医師が私の病状についての治療内容や、今後の見通し等につきまして、  
意見や判断を述べ、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

生年月日（大正、昭和、平成） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

（患者様本人署名） \_\_\_\_\_ 印

\*注：ご相談者は相談者本人を証明するもの（保険証、運転免許証等）をご持参ください。