

## 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

相談者氏名\_\_\_\_\_生年月日\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日生

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  
診断および治療内容、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  
の報告書が作成されることに同意いたします。

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

国保中央病院長 殿

患者様

氏名\_\_\_\_\_印

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

ご相談者の方は、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  
必ずご持参ください。