

[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。

平成 年 月 日

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日 生

（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 ）