

セカンドオピニオン外来相談同意書
(患者さんが来院されない場合)

私 (患者さんの氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(相談者) _____ 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、今後の見通しにつきまして、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。

年 月 日

生年月日 (昭和・平成・令和) _____ 年 月 日生

患者さんの氏名 _____ (印)

(自署の場合、押印は不要です)

代筆者の氏名 _____