

【様式2】

セカンドオピニオン外来相談同意書

私 （患者署名） は、本同意書を持参しました
（相談者氏名） （患者との続柄（ ）） 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。

年 月 日

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

（患者氏名） 印

*患者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。