

## セカンドオピニオン外来 相談同意書

小樽掖済会病院 病院長 様

私（患者さん氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました

（ご相談者氏名）\_\_\_\_\_（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、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意いたします。

令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

生年月日（大正・昭和・平成・令和） \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 生

（患者さん氏名）\_\_\_\_\_ (印)

注1) 家族等のみで相談の場合上記同意書の記入をお願いします。

注2) 同意書の記入は患者様ご本人の直筆をお願いします。

注3) 相談者は、相談本人を証明するもの（保険証、運転免許証）をご持参ください。