

# セカンドオピニオン外来相談同意書

平井医院院長 殿

私（患者さま氏名） \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました

（ご相談者） \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が私の疾患に関する現在の主治医の診断および治療内容等について意見や判断を述べ、私の主治医あてに報告書が作成されることに同意します。

平成 年 月 日

患者さま氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 明・大・昭・平 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日生