

## セカンドオピニオン外来 家族受診同意書

私（患者本人） \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参した相談者 \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）に対して、私の病気についての診断及び治療内容に関し、セカンドオピニオンとして貴院担当医師が判断や意見を述べる事、私の主治医宛の報告書を作成する事に同意します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日（明 大 昭 平） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生まれ

※同意書を持参される方は、本人が証明できるもの（健康保険証・運転免許証など）を必ず、持参願います。