

## セカンドオピニオン外来 相談同意書

私(患者)\_\_\_\_\_は、以下の相談者に対して  
貴院担当医師が私の疾患について、現在治療を受けている主治医の診  
断および治療内容、今後の見通しなどについ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。

(相談者①)\_\_\_\_\_ (患者との続柄:\_\_\_\_\_)

(相談者②)\_\_\_\_\_ (患者との続柄:\_\_\_\_\_)

(相談者③)\_\_\_\_\_ (患者との続柄:\_\_\_\_\_)

年 月 日

生年月日(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日

患者氏名\_\_\_\_\_ 印

※ご本人以外のご家族のみでご相談の場合は、患者さんご本人の同意書が必要です。  
※同意書の記入は患者の自筆でお願いします。(相談申込書に付けて下さい)