

島田市立総合医療センター      セカンド・オピニオン

## 相談同意書

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_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、意見を述べること

と、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（明治、大正、昭和、平成、令和）      年      月      日生

\_\_\_\_\_（患者様氏名） \_\_\_\_\_ 印