済　生　会　兵　庫　県　病　院

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（ご相談者様氏名）（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、意見や診断を述べ、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。

平成　　年　　月　　日

生年月日（大正・昭和・平成）　　年　　月　　日生

（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印