

## セカンドオピニオン 相談同意書

私 \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました

\_\_\_\_\_ (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、  
今後の見通し等について意見や判断を述べ、私の主治医にあて  
た報告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

患者様ご氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

～確認事項～

- \* 個人情報保護のため、患者様ご本人署名の上、本同意書をご持参頂いております。