

## 相 談 同 意 書

藤枝市立総合病院長 様

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました下記の者に対して、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等、今後の見通しについて、意見や判断を述べること及び主治医あての報告書が作成され、返送されることに同意いたします。

令和 年 月 日

(ふりがな)

患者様氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 (明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生

相談者（セカンド・オピニオンを求める者）

①氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

②氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

◇本同意書は、相談者が家族の場合のみ、患者様ご自身が記入してください。

◇記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には用いません。