

藤枝市立総合病院

セカンド・オピニオン外来 相談同意書

私（患者氏名） _____ は、本同意書を持参しました

（相談者氏名） _____ （患者との続柄； _____ ）

に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し
について、意見や判断を述べ、私の主治医あてに報告書を作成されることに同意いた
します。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____

生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

◆本同意書は、相談者が患者の同意が得た家族である場合のみ、患者自身の自筆にて記入してください。

◆記入いただいた個人情報は、セカンド・オピニオンの相談以外に使用しません。