

セカンドオピニオン外来相談同意書

(ご相談者が患者本人以外の場合)

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました
_____(ご相談者) _____ に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断・治療内容・今後の見通し等について、意見や診断を述べる
ことおよび、現在受診中の医療機関の主治医宛に私の疾患についての報告書が
作成されることに同意します。

年 月 日

患者氏名 _____ 印

※患者が未成年の場合には保護者等の署名が必要

親権者 _____ 印

《患者さんとの続柄： 》

親権者 _____ 印

《患者さんとの続柄： 》