

## セカンドオピニオン外来相談同意書

大垣徳洲会病院長殿

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を提出しました

（ご相談者）\_\_\_\_\_（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、今後の見通しにつきまして、意見や判断

を述べる事、また私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和） 年 月 日生

\_\_\_\_\_（患者様氏名）\_\_\_\_\_ 印