

公益財団法人積善会 日向台病院
セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者さま氏名） _____ は、

以下の相談者に対して、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、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。

訴訟等の資料に利用することはありません。

ご相談者① _____ (続柄) _____

ご相談者② _____ (続柄) _____

ご相談者③ _____ (続柄) _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者さま氏名 _____ 印

生年月日 (大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

ご住所 _____

※同意書の記入は患者さまの自筆をお願いいたします。

※相談者は患者さまの身分を証明できるもの（保険証、運転免許証等）をご持参ください。

※相談者の記名の無い方、身分を証明するものをお持ちでない方は、セカンドオピニオンに同席していただくことができませんので、ご了承ください。