

セカンドオピニオン相談同意書

私(患者様氏名) _____ は、本同意書を持参
しました(ご相談者氏名) _____ (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、私の主治医あての報告書が作成され
ることに同意致します。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可なく行いません。

- ・説明の際に受領した資料を第三者(紹介元医療機関を除く)に提出すること
- ・相談中に相談内容を録音すること

西暦 年 月 日

(患者様氏名) _____ 印

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日生