

中通総合病院セカンドオピニオン外来  
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) \_\_\_\_\_ 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、文書(本人説明文書または主治医宛て返書)が作成されることに同意  
いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

生年月日(明治、大正、昭和、平成、令和) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_(患者様氏名) \_\_\_\_\_ 印