

(様式3)

セカンドオピニオン外来相談同意書

私は、貴院担当医師がこの同意書を持参した下記の者に対し、私の疾患に関する診断内容や今後の治療方針等について意見や判断を述べ、私の主治医あてに文章で報告することに同意します。

平成 年 月 日

住所 _____

生年月日(大正・昭和・平成) 年 月 日

患者さん氏名 _____ 印

<同意を与えたご家族>

住所 _____

生年月日(大正・昭和・平成) 年 月 日

ご家族氏名 _____

患者さんとの続柄 _____