

(様式2)

## セカンドオピニオン外来相談同意書

藤田医科大学岡崎医療センター 病院長 殿

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を提出いたしました。

(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。

ご署名日            年        月        日

生年月日 : \_\_\_\_\_ 年        月        日生

ご署名 : \_\_\_\_\_ 印