

(様式2)

市立敦賀病院セカンドオピニオン外来  
相 談 同 意 書

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました（相談者氏名）（続柄） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）に対して貴院医師が、私の疾患についての診断、治療内容及び今後の見通しについて、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。

年 月 日

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

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印