

ご本人以外による相談の場合の同意書

セカンドオピニオン外来相談同意書

大崎市民病院岩出山分院長 様

私（患者ご本人氏名） _____ は、本同意書を持参しました
（ご相談者氏名） _____ （ご関係 _____ ）に
対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しに
つきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書（診療情報提供書）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：（ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 ） _____ 年 _____ 月 _____ 日生

患者ご本人署名： _____

注1）本同意書は、患者ご本人の自筆でご記入ください。

注2）相談者は相談者本人を証明するもの（運転免許証、健康保険証など）をご持参ください。