

家族等による相談の場合の同意書

## セカンドオピニオン相談同意書

岩見沢市立総合病院長 様

私（患者さん氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました  
（ご相談者氏名）\_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_）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、私の主治医宛での報告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

\_\_\_\_\_  
（患者さん氏名）\_\_\_\_\_ 印

注1) 同意書の記入は患者さんの自筆をお願いします。

注2) 相談者は、相談本人を証明するもの（保険証・運転免許証）をご持参ください。