

※申込書となっておりますので必ずご記入願います。

(別紙2)

## セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様署名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました。

相談代表者氏名\_\_\_\_\_生年月日\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日生

患者様との続柄（\_\_\_\_\_）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、今後見通し等について、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。

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

社会医療法人禎心会 新札幌恵愛会病院長 様

患者様

氏名\_\_\_\_\_印

生年月日（明治・大正・昭和・平成）\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日生

※ ご相談の方は、家族であることを証明できるもの（健康保健証、免許証等）を必ずご持参ください。

社会医療法人 禎心会 新札幌恵愛会病院