

順天堂大学医学部附属静岡病院
セカンド・オピニオン外来 相談同意書

私(患者さま氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(ご相談者) _____ (患者さまとの続柄: _____)

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、今後の見通しにつきまして、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します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

生年月日

大正・平成
昭和・令和

年 月 日生

注) セカンド・オピニオン外来相談当日に、お持ちいただき、ご提出ください。
なお、ご相談者様の身分を証明するもの(免許証・健康保険証の写等)
をご提示いただきます。