

## セカンドオピニオン外来相談同意書

仙台市立病院長 様

私(患者さま氏名) \_\_\_\_\_ 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、私の主治医宛ての報告書(診療情報提供書)が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日：(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生

患者さま氏名： \_\_\_\_\_

注 1 ) 本同意書は、患者さまの自筆でご記入下さい。

注 2 ) 相談者は相談本人を証明するもの(運転免許証、パスポート、健康保険証など)をご持参下さい。