

## セカンドオピニオン 相談同意書

私（患者氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました

（相談者）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_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、今後の見通し等について意見や判断を述べ、私の主治医にあてた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 日生

患者氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

- \* 相談同意書は患者さんが自筆で記入をお願いします。止むを得ずに自筆で記入できない場合や未成年者の場合は代筆者が記入し、代筆者氏名欄に署名をお願い致します。

広島赤十字・原爆病院