

焼津市立総合病院 セカンド・オピニオン  
相談同意書

焼津市立総合病院長 様

私（患者さん氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました下記の者に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容等、今後の見通しについて、意見や判断を述べること及び私の主治医あての報告書が作成され、返送されることに同意いたします。

令和 年 月 日

患者さん氏名 \_\_\_\_\_

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和） 年 月 日生

相談者（セカンド・オピニオンを求める者）

① 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（患者さんから見て） \_\_\_\_\_

② 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（患者さんから見て） \_\_\_\_\_

③ 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（患者さんから見て） \_\_\_\_\_

- 本同意書は、相談者が家族の場合のみ、患者さんご自身が記入をしてください。
- ご記入していただいた個人情報、セカンド・オピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には用いません。