

公立陶生病院長 様

## セカンドオピニオン外来同意書

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました相談者  
\_\_\_\_\_（患者との続柄 \_\_\_\_\_）に対し、私の疾患についての診  
断・治療内容及び今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の  
主治医あての診療情報提供書が作成されることに同意致します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印