

年 月 日

市立旭川病院 院長 宛

## セカンドオピニオン外来 相談同意書

(相談者) \_\_\_\_\_ (患者様との続柄: \_\_\_\_\_) に対して

貴院担当医師が自分の疾患について、現在医療を受けている主治医の診断及び  
治療内容、今後の見通し等について意見や判断を述べること及び主治医宛に報  
告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

患者様氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_