年　　月　　日

社会医療法人大成会　福岡記念病院　殿

セカンドオピニオン外来　相談同意書

私（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました

（相談者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（患者様との続柄）＿＿＿＿＿＿に対して、

貴院担当医師が、私の疾患について、現在治療を受けている主治医の診断及び治療内容、今後の見通しなどについての意見や判断を述べること、及び主治医あての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（大正・昭和・平成）　年　　月　　日生

患者様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印