

市立岸和田市民病院セカンドオピニオン外来

## 相 談 同 意 書

私（患者氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました  
（ご相談者）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_に対して、貴院担  
当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまし  
て、意見や判断を聞くことに同意いたします。

また、紹介状を持参した場合には、私の主治医宛に報告書が作成されること  
に同意いたします。

平成 年 月 日

（住 所） \_\_\_\_\_

（患者様氏名） \_\_\_\_\_ 印

（生年月日・性別） 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生 （男 女）

（連絡先 TEL） \_\_\_\_\_