

〔相談者が本人以外の場合〕

セカンドオピニオン外来
相 談 同 意 書

愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院
病院長殿

私（患者様氏名）_____は、本同意書を持参しました
（ご相談者）_____（患者様との関係）_____に對
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、私の主治医あての報告書が作成されることに
同意いたします。

令和 年 月 日

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

（患者様氏名）_____ 印