

医療法人愛風会 さく病院  
セカンドオピニオン外来相談同意書

私(患者様の氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました

(ご相談者) \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が私の病気に

についての診断および治療内容、今後の見通しについて、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。

年 月 日

生年月日(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生

(患者氏名)

⑨