

同意書（家族等による相談の場合）

セカンドオピニオン外来同意書

堺市立総合医療センター院長様

私（患者さん氏名）
（相談者氏名）
は、本同意書を持参しました
（続柄）が、貴院担当医師に
対して、私の疾患についての診断・治療内容、今後の治療や他の治療法について、意見や判断を聞くセカンドオピニオン外来を受けることに同意します。

年 月 日

（患者さん氏名）

印

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和）

年 月 日生

※同意書の記入は患者さんの自筆でお願いします。

※相談者は、本人を証明するもの（保険証、運転免許書等）をご持参ください。