

家族等による相談の場合の同意書

セカンドオピニオン外来 相談同意書

社会医療法人 孝仁会
北海道大野記念病院 院長 様

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参または送付
しました

（相談者氏名）_____（続柄；_____）に対して、
貴院担当医師が私の疾患についての診断、治療内容及び今後の見通しに
つきまして、意見や判断を述べ、必要な場合には私の主治医宛の報告書が
作成されることに同意いたします。

西暦 _____年 _____月 _____日

生年月日 _____（大正・昭和・平成）_____年 _____月 _____日生

患者氏名 _____印

※同意書の記入は患者様の自筆でお願いします。

※相談者は、相談本人を証明するもの（健康保険証、運転免許証等）をご持参またはご送付ください。