

公立陶生病院長 様

## セカンドオピニオン外来同意書

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました相談者  
\_\_\_\_\_（患者との続柄 \_\_\_\_\_）に対し、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、私の主治医あ  
ての診療情報提供書が作成されることに同意致します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

生年月日（大正・昭和・平成・令和） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印