

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