

玄々堂君津病院 セカンドオピニオン外来

相談同意書

私（患者様氏名） \_\_\_\_\_ は、

私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、

玄々堂君津病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として、下記の相談者

（ご相談者氏名） \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が意見

や判断 を述べること、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。

令和 年 月 日

患者様ご署名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日（大正、昭和、平成、令和） \_\_\_\_\_ 年 月 日生

ご住所

〒 \_\_\_\_\_

※上記に患者様のご生年月日、ご住所のご記入お願いいたします。

※相談同意書は患者ご本人が受診される場合は不要です。

玄々堂君津病院 院長