

市立三次中央病院  
セカンドオピニオン外来同意書

私（患者名前）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参した  
\_\_\_\_\_  
（相談者）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_に対し、  
貴院担当医師が私の疾病についての診断および治療内容、今後の  
見通し等について意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報告書が  
作成されることに同意します。

年 月 日

患 者 名 前 \_\_\_\_\_

患者保護者名前 \_\_\_\_\_

（※患者さんが未成年の場合にご記入ください。）

※ 予約当日は、来院される相談者を証明できるもの（健康保険証、運転免許証など）  
を必ずご持参ください。

※ 記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり  
この目的以外には使用しません。