

杏林大学医学部附属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、

（面談者様氏名） \_\_\_\_\_ （続柄： \_\_\_\_\_ ） に対して、

貴院担当医師が私の疾患について、治療内容と今後の見通しにつきまして、参考意見を述べ、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。

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

\_\_\_\_\_（患者様氏名） \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_（患者様住所） \_\_\_\_\_

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

相談同意書について

相談同意書は、本人代理としてご家族のみで面談に参加する場合には必要となります。患者さんの直筆で各事項をご記入の上、申込書とまとめてご郵送いただくか、面談日にご提出ください。