

# セカンドオピニオン 相談同意書

草加市立病院長 様

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました  
(ご相談者氏名) \_\_\_\_\_ (ご関係: \_\_\_\_\_)に  
対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しに  
つきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報告書(診療情報提供書)が作成  
されることに同意します。

令和 年 月 日

生年月日:(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 生

現住所: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_ 印

草加市立病院

※ 注1. 下線の箇所に本人の直筆で記入をお願いします。

注2. 相談者は、相談者本人を証明するもの(運転免許証またはマイナンバーカード)をお持ちください。