

セカンドオピニオン 相談同意書

草加市立病院長 宛て

私(患者氏名)_____は、本同意書を持参しました
(相談者氏名)_____ (続柄: _____) 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。

年 月 日

患者氏名: _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

住 所: _____

電話番号: _____

* 下線の箇所に患者さんご本人の直筆で記入をお願いします。

* 相談者の本人確認できるもの(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。