

セカンドオピニオン外来 相談同意書

(家族等による相談の場合の同意書)

社会医療法人 恵佑会札幌病院
院長 久須美 貴哉 様

私（患者さん氏名）_____は、本同意書を持参しました

（ご相談者氏名）_____（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が作成されることに同意いたします。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

患者さん本人の

住 所

氏 名

印

注1) 同意書の記入は患者さんの自筆をお願いいたします。

注2) 相談者は、相談本人を証明するもの（運転免許証、パスポート、保険証など）をご持参ください。