

# 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。

令和 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。