

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者氏名） _____ は、本同意書を提出しました
下記の者が、貴院担当医師から私の疾患についての診断及び治療、今後の
見通し等について意見や判断を聞くことに同意いたします。

また以下の行為について、貴院担当医師の許可なく行わないことを約束
します。

- (1) 説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ
提出すること。
- (2) 相談中に相談内容を録音すること。

相談者(セカンドオピニオンを求める人)

①氏名 _____ 続柄（本人の） _____

②氏名 _____ 続柄（本人の） _____

③氏名 _____ 続柄（本人の） _____

ふりがな
患者氏名 _____ 印
生年月日(大正・昭和・平成・令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者名 _____ 印