

大 阪 鉄 道 病 院  
セカンドオピニオン外来 相談同意書

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました

\_\_\_\_\_（ご相談者） \_\_\_\_\_（患者様との続柄：\_\_\_\_\_）

に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、  
今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての  
報告書が作成されることに同意します。

平成 年 月 日

\_\_\_\_\_住所・氏名 \_\_\_\_\_印

\_\_\_\_\_生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生

(注) セカンドオピニオン外来当日に、お持ちいただき、ご提出ください。  
なお、患者様とご相談者との関係を証明するもの（住民票、戸籍謄本等）を  
提示していただきます。