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。

年　　月　　日

住所・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　大正・昭和・平成・令和　　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。