

# 市立釧路総合病院・セカンドオピニオン

## 相談同意書

私（患者様氏名） \_\_\_\_\_ は、この同意書を持参しました  
（ご相談者氏名） \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が私の  
疾患についての診断・治療内容・今後の見通しなどについて、意見や判断を述  
べ、私の主治医宛ての報告書を作成することに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

ご相談者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_