

様式3 (家族等による相談の場合に記載していただく同意書)

## セカンドオピニオン外来同意書

埼玉医科大学総合医療センター 病院長 殿

私 (患者本人の氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参した

(相談者の氏名) \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) に対して、

貴院の担当医師が私の疾患についての診断および治療内容等への意見や判断を述べ、私の

主治医あてに報告書が作成され、主治医および相談者へ渡されることに同意します。

年 月 日

署名欄 本人氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

本人住所 \_\_\_\_\_