

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（患者さんの氏名）_____は、本同意書を持参した
（相談者の氏名）_____に対して、総合医療センターの担当
医師が私の疾患についての診断および治療内容等について、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