

(家族等による相談の場合に持参していただく同意書)

**市立加西病院**

**セカンドオピニオン外来相談同意書**

市立加西病院長 様

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は同意書を持参した  
(相談者の氏名)(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、文書（本人説明文書または主治医宛意見書）が  
作成されることに同意いたします。

**署名欄**

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

生年月日 \_\_\_\_\_ (大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_