セカンドオピニオン同意書

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました

（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いたします。

　なお、同意した相談者により個人情報が漏洩した場合の責任は、私本人にあることを

承知いたします。

年　　月　　日

西条中央病院長　殿

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日（明・大・昭・平）　　年　　月　　日