

医療法人 澄心会  
岐阜ハートセンター 病院長殿

## セカンドオピニオン外来相談同意書

私は、(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を提出いたしました  
(ご相談者) \_\_\_\_\_ (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  
判断を述べること、また私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_

相談者氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

相談者氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

相談者氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

