

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様署名）

は、本同意書を持参しました

相談者氏名

生年月日 年 月 日

患者様との続柄（ ）に対して、貴院担当医師が私の疾患についての

診断及び治療内容、今後の見通し等について、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いたします。

令和 年 月 日

奈良県西和医療センター院長殿

患者様氏名

印

生年月日（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日

※ご相談者の方は、家族であることを証明できるもの（健康保険証、免許証等）を必ず
ご持参ください。

奈良県西和医療センター