

## 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（マイナンバーカード、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