

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 日生

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

診断および治療内容、今後の見通し等について、意見や判断を延べ、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。

平成 年 月 日

奈良県立奈良病院長 殿

患 者 様

氏 名 _____ 印 _____

生年月日（明治・大正・昭和・平成）_____年 月 日生

※ 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、免許証明等）
を必ずご持参ください。