

様式2 (家族等による相談の場合に持参していただく同意書)

## セカンドオピニオン外来同意書

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました(相談者氏名) \_\_\_\_\_ (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について、意見や判断について述べ、診療情報を提供した私の主治医あてに、内容の報告をすることに同意します。

平成 年 月 日

徳島市民病院長 殿

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名(患者本人) \_\_\_\_\_

生年月日(大正・昭和・平成) 年 月 日 生れ