

## 同 意 書

聖隷三方原病院長 殿

平成 年 月 日

私(患者様氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました下記の者に対して、貴院担当医師が私の疾患について、現在治療を受けている主治医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述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

ふりがな  
患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日(大正・昭和・平成) 年 月 日

相談者(セカンドオピニオンを求める者)

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄(本人から見て) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄(本人から見て) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄(本人から見て) \_\_\_\_\_