

同意書

聖隷浜松病院 院長 様

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、貴院担当医師が自分の疾患について、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ること及び主治医あての報告書が作成され、返送されることに同意いたします。

フリガナ

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日（大正、昭和、平成、令和） \_\_\_\_\_ 年 月 日

相談者（セカンドオピニオンを求める者）

①氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

②氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

③氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

- 相談者が家族の場合のみ、患者さま本人が記入して下さい。
- 相談者が多く書ききれない場合は、裏面にご記入願います。