

# 同意書

聖隷浜松病院 院長 様

西暦 年 月 日

私は、下記相談者に対し、貴院担当医師が自分の疾患について、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に同意いたします。

生年月日（大正、昭和、平成、令和） 年 月 日

フリガナ

本人署名 \_\_\_\_\_ 印

本人以外が署名した場合には、患者との関係（ ）

患者本人が署名出来ない理由（代理署名の理由）

重篤・意識障害 ペンが持てない 知的障害 その他（ ）

相談者（オンライン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。