

## 相談同意書

北大阪ほうせんか病院長 様

私(患者氏名)\_\_\_\_\_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及び  
治療内容等、今後の見通しについて、意見や判断を述べること及び主治医宛の報告書  
が作成され、返送されることに同意いたします。

令和 年 月 日

患者様氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

### セカンド・オピニオン相談者

①氏名 \_\_\_\_\_

(続柄)本人から見て \_\_\_\_\_

②氏名 \_\_\_\_\_

(続柄)本人から見て \_\_\_\_\_

- ◆本同意書は、相談者が家族の場合のみ、患者様ご自身が記入してください。
- ◆記入いただいた、個人情報には、セカンド・オピニオンの提供に利用するものでありこの目的以外には用いません。