

平成 年 月 日

セカンドオピニオン外来相談同意書

岩手県大船渡病院長 様

患者様ご氏名 _____ 印

私は、下記の者に病状等に関する主治医の診療情報提供書及び検査結果等資料を持参させ、貴院担当医師が私の疾病についての診断、治療内容及び今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書（診療情報提供書）が作成されることに同意いたします。

記

○相談者

氏 名	続 柄

- ※ 本書は、患者様本人が来院されずにご家族だけで相談する場合に必要となります。相談できるご家族の範囲は、配偶者、親及び子どもとします。
- ※ 患者様ご本人との続柄を確認できるもの（健康保険証、住民票等）をお持ちのうえ、ご来院ください。