

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様署名）_____は、本同意書を持参しました

相談者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

患者様との続柄（ _____ ）に対して、貴院担当医師が私の疾患についての

診断および治療内容、今後見通し等について、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いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

奈良県立医科大学附属病院長 _____ 様

患者様

氏名 _____ 印

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和） _____ 年 _____ 月 _____ 日生

※ ご相談者の方は、家族であることを証明できるもの（健康保険証、免許証等）を必ずご持参ください。