

医療法人いちえ会 洲本伊月病院  
セカンドオピニオン相談同意書

私(患者様氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました  
(ご相談者氏名)(続柄) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )に対して、  
貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しに  
つきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛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

\_\_\_\_\_  
生年月日 (大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

\_\_\_\_\_  
患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印