家族等による相談の場合の同意書

セカンドオピニオン外来

相談同意書

市立札幌病院長　様

私（患者さん氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました（ご相談者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）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

生年月日（大正・昭和・平成）　　年　　月　　日生

（患者さん氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

注 1)　同意書の記入は患者さんの自筆でお願いします。

注 2)　相談者は、相談本人を証明するもの（保険証、運転免許証）をご持参ください。