

【セカンドオピニオン外来相談同意書】

年 月 日

社会医療法人 博愛会
開西病院 病院長 殿

このたび貴院においてセカンドオピニオン外来にて相談を受けるに当たり
以下の内容に同意いたします。

1. 現在受診中の医療機関に対し診断・治療内容・今後の見通し等についての結果を
苦情・訴訟等の目的には使用いたしません。
2. 貴院診療医師が診断・治療内容・今後の見通し等について意見を述べ、現在受診
中の医療機関の主治医宛に私の疾患についての報告書が作成されることに同意し
ます。

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日

ご氏名 (患者様) _____ 印

ご相談者氏名 _____ (続柄) 印

ご住所 _____

連絡先 _____