

和泉市立総合医療センターセカンドオピニオン外来

## 相談兼返信 同意書

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、

私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、  
和泉市立総合医療センターにセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として、本同意書を持参いたしました

(ご相談者氏名) \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が意見や判断を  
述べることに同意いたします。

なお、紹介状を持参した場合には、私の主治医宛に報告書が作成されることに同意  
いたします。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

患者氏名(ご署名) \_\_\_\_\_