

## 新別府病院 セカンドオピニオン外来

### 相談同意書

私（患者さま） \_\_\_\_\_ は、代理人として本同意書を持参  
しました（ご相談者さま） \_\_\_\_\_（続柄） \_\_\_\_\_ に対して  
貴院担当医師が、私の病態・今後の見通しについての意見や判断を述べ、ならびに私の  
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。

年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日生

氏 名 \_\_\_\_\_（印）

（※患者さまの氏名を記入ください）