

## セカンドオピニオン外来同意書

私、(患者様氏名) \_\_\_\_\_ は、以下の行為について同意します。

- 1) 本同意書を持参しました、(ご相談者氏名) \_\_\_\_\_ (ご関係) \_\_\_\_\_  
に対して、名古屋記念病院担当医師が、私の疾患についての診断及び治療  
内容、今後の見通し等について、意見や判断を述べること。
- 2) 私の主治医宛の報告書が作成されること。

平成      年      月      日

患者様：氏 名： \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年      月      日生

電話番号： \_\_\_\_\_

名古屋記念病院