

医療法人社団 豊智会 セカンドオピニオン外来  
相談同意書

医療法人社団 豊智会 理事長 殿

私 (患者様氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参した

(相談者様氏名) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ に対して、

貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し  
について、意見や判断を述べ、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。

日 付 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

西暦  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

※本同意書は全て患者様本人がご記入ください。