別紙３

大館市立総合病院　セカンドオピニオン外来　相談同意書

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました（相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、貴院担当医師が私の疾患に関する診断及び治療内容、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を作成することに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

生年月日（　Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　）　　年　　月　　日　生

（患者氏名）　　印