

## セカンドオピニオン外来相談同意書

医仁会武田総合病院  
院長殿

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました

(ご相談者) \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)に

対して、貴院担当医師が私の疾患について診断および治療内容、今後の見通し  
につきまして意見や判断を述べ、私の主治医あてに所見書を渡すことに  
同意いたします。

令和 年 月 日

生年月日 (明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生

患者氏名(自署) \_\_\_\_\_

代筆者氏名(自署) \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

\*相談同意書は患者様の自筆で記入願います。自筆で記入できない場合は、  
代筆者が記入し、代筆者氏名欄に署名願います。