

順天堂大学医学部附属静岡病院  
セカンド・オピニオン外来 相談同意書

私(患者さま氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました  
(ご相談者) \_\_\_\_\_ (患者さまとの続柄: \_\_\_\_\_ )  
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  
の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成  
されることに同意します。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

④

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生

注) セカンド・オピニオン外来相談当日に、お持ちいただき、ご提出ください。  
なお、ご相談者様の身分を証明するもの(免許証・健康保険証の写等)  
をご提示いただきます。