秋田大学医学部附属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以下の代理人に対して、貴院担当医師が、私の疾患に関する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を作成することに同意いたします。

①（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（間柄）＿＿＿＿＿＿

②（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（間柄）＿＿＿＿＿＿

③（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（間柄）＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

生年月日（T・S・H・R）　　年　　月　　日

※同意書は全て患者本人がご記入ください。
※代理人の方は、代理人本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参ください。
※代理人の欄に記載の無い方は、当日同席をお断りさせていただきます。
※本相談同意書は、患者ご本人が受診される場合は**不要**です。