（様式３）

セカンドオピニオン外来相談同意書

私は、貴院担当医師がこの同意書を持参した下記の者に対し、私の疾患に関する診断内容や今後の治療方針等について意見や判断を述べ、私の主治医あてに文書で報告することに同意します。

令和　　年　　月　　日

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和）　年　月　日

患者さんの氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

《同意を与えたご家族》

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和）　年　月　日

ご家族の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者さんとの続柄＿＿＿＿＿＿＿＿

富山県立中央病院長　殿

※相談者は、身分を証明できるもの（健康保険証等）を必ず持参してください。