

日本赤十字社医療センター

セカンドオピニオン外来 相談同意書

日本赤十字社医療センター 院長 様

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました  
（相談者氏名）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_に対して、  
貴センター担当医師が私の疾患についての診断、治療内容及び今後の見通しに  
ついて意見や判断を述べ、私の主治医に対する報告書が作成されることに同意  
いたします。

年 月 日

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

（患者様氏名） \_\_\_\_\_ 印

※ セカンドオピニオン外来当日に、お持ちいただきご提出ください。