

**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

(相談者) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が

私の疾患に関する診断及び治療内容、今後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。

平成 年 月 日

生年月日(M・T・S・H) \_\_\_\_\_ 年 月 日生

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 印