

国立病院機構 兵庫中央病院

## セカンドオピニオン外来《相談同意書》

私（患者様氏名） は、本同意書を持参しました  
（ご相談者） （続柄） に対して、貴院担当医師  
が、私の疾患についての診断及び治療内容、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  
同意いたします。

令和 年 月 日

（患者様のご氏名）

（生年月日）大・昭・平・令

年 月 日生（ 歳）