様式４

社会医療法人　あさかホスピタル
セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者さま氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、

私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、

あさかホスピタルにセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として本同意書を持参しました

（ご相談者指名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、貴院担当医師が

意見や判断を述べること、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

訴訟等の資料に利用することはありません。

令和　　年　　月　　日

患者さまご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日（大正・昭和・平成）　　年　　月　　日　生

ご住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿