セカンドオピニオン相談同意書

私（患者さん氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました（ご相談者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿に対して貴院担当医師が私の疾患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、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。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行いません。

- 説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）に提出すること
- 相談中に相談内容を録音すること

令和　　年　　月　　日

（患者さん氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

生年月日　（明・大・昭・平）　　年　　月　　日　生