

(所定様式2)

セカンドオピニオン外来同意書

横浜鶴ヶ峰病院 殿

私（患者氏名） _____ は貴院にセカンドオピニオンを依頼するに

当たり、私および（相談者氏名） _____ （続柄 _____ ）に

私の症状について診断や治療方針等の意見を述べること、及び診療情報提供書作成医師に

報告書を提出することに同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者自署 _____ 印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

本日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 上記患者に対し診断、治療方針について説明しました。

医療法人順正会 横浜鶴ヶ峰病院

医師 _____ 印

看護師 _____ 印