

## 市立函館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  
(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、報告書が作成されることに  
同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 生

(患者さまご氏名)\_\_\_\_\_