

## セカンドオピニオン外来同意書

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参  
しました(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及び治療内容に  
ついて、意見や判断を述べることに同意いたします。

平成 年 月 日

栃木県医師会塩原温泉病院長 殿

住所 \_\_\_\_\_

氏名(患者本人) \_\_\_\_\_

生年月日(大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 月 日

注1) 同意書の記入は患者さんの自筆でお願いします。

注2) 相談者は、相談者本人を証明するもの(保険証・運転免許証等)をご持  
参下さい。