

(様式 2)

患者様ご記入用

(ご家族のみの相談の場合に持参していただく同意書)

## セカンドオピニオン外来同意書

私 (患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参した (ご相談に同席される  
全員の氏名と続柄) \_\_\_\_\_

に対して、貴院担当医師が私の主治医が提供した診療情報に基づいて、疾患に関する診断及び治療内容、今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医あてに報告書が作成されることに同意いたします。

なお、同意した相談者により、個人情報漏洩した場合の責任は、私本人にあることを承知いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

高松市民病院長 殿

患者ご本人 住所 \_\_\_\_\_

患者ご本人 氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 (大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

高松市民病院  
2017年5月作成