

## セカンドオピニオン外来相談同意書

私は、さいたま市立病院でセカンドオピニオン外来相談を受けるにあたり、代理人 \_\_\_\_\_ (患者さんからみた続柄 \_\_\_\_\_) が、担当医師から病状等の内容についての意見や判断について相談することや、その結果を私の主治医あてに報告書を作成することに同意いたします。

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

患者さん氏名 \_\_\_\_\_

患者さん住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先の電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_