

島根県立中央病院長 様

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

私の疾病についての診断および治療内容、今後の見通し等につきまして、

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

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

島根県立中央病院長 様

同 意 書

\_\_\_\_\_  
(患者氏名)

セカンドオピニオンにより、貴院担当医師が疾病についての診断および  
治療内容、今後の見通し等につきまして、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

\_\_\_\_\_  
患者氏名

\_\_\_\_\_  
親権者等(続柄) 印

\_\_\_\_\_  
親権者等(続柄) 印

※上記の親権者等氏名欄(可能ならば患者氏名も)は自筆にてご記入下さい。