

## 福山医療センター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、今後の見通し等につきまして、意見や判断を  
述べ、所見書を渡すことに同意いたします。

令和      年      月      日

患者氏名(自署) \_\_\_\_\_

生年月日(明・大・昭・平・令)      年      月      日

代筆者氏名(自署) \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_ )

- ※ 相談同意書は患者さんが自筆で記入してください。止むを得ずに自筆で記入できない場合は、代筆者が記入し、代筆者氏名欄に署名してください。
- ※ 記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には用いません。