

家族等による相談の場合の同意書

セカンドオピニオン外来 相談同意書

JA北海道厚生連 札幌厚生病院長 様

私（患者さん氏名） は、
私の代理人として本同意書を持参しました、
（ご相談者氏名）（続柄 ）に対して、
貴院担当医師が、私の疾患について、診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、
意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることの同意いたします。

令和 年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日生

（患者さん氏名） 印

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、相談本人を証明するもの（保険証、運転免許証など）をご持参ください。