高松赤十字病院　セカンドオピニオン外来　相談同意書

私（患者氏名）　　は、

私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、高松赤十字病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として、本同意書を持参いたしました

（ご相談者氏名）　　に対して、貴院担当医師が意見や判断を述べること、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

年　　月　　日

生年月日（大正、昭和、平成、令和）　　年　　月　　日生

患者氏名（自署）　　印

代筆者氏名（自署）　　印

＊　相談同意書は患者さんが自筆で記入願います。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願います