

## セカンドオピニオン外来相談同意書

高知赤十字病院 御中

私（患者様氏名）  
（ご相談者）

は、本同意書を持参しました  
に対して、貴院担当医師が私の疾  
患についての診断及び治療内容、今後見通しにつきまして、意見や判断を述べ、  
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。

平成 年 月 日

氏 名  
住 所  
連絡先

印