

(様式1)

年 月 日

セカンドオピニオン外来相談同意書

岩手県立胆沢病院長 様

ご氏名：

印

私は、本書を持参しました下記相談者に対して、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、今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書（診療情報提供書）が作成されることに同意します。

相談者（代理受診者）

氏 名	続 柄

※相談者は、患者さんとの続柄を確認できるものをご持参の上、ご来院下さい。