

同意書

松戸市立総合医療センター病院長

私 _____ は、貴院でセカンドオピニオンを受けるにあたり
本状を持参しました _____ (続柄: _____) が、私の疾患に
ついての診療情報を貴院に提供し、これをもとに貴院に意見・判断を求めるこ
と、また貴院の担当医師から私の主治医あてに報告書が作成されることに同意
いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

患者氏名 _____ (印)

生年月日 明治 大正 昭和 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

※患者さんご本人が記入できない場合

代理者氏名 _____ (印)

理 由 _____

【同意書の記入について】

相談の対象となる患者さんご本人が来院されず、ご家族のみで相談なさる場合には、同意書を作成いただいております。

下記の記入例を参考に、患者さんご本人の自署にて同意書の下線部分をご記入いただき、セカンドオピニオン申込書に添えてお申込みください。

なお相談当日は、ご本人確認ができるもの（健康保険証や運転免許証）をお持ちください。

同 意 書	
①	松戸市立総合医療センター病院長
	私 <u>松戸 太郎</u> は、貴院でセカンドオピニオンを受けるにあたり
②	本状を持参しました <u>松戸 花子</u> (続柄： <u>妻</u>) が、私の疾患に
	ついでに診療情報を貴院に提供し、これをもとに貴院に意見・判断を求めると、また貴院の担当医師から私の主治医あてに報告書が提出されることに同意いたします。
	令和 <u>〇〇</u> 年 <u>〇〇</u> 月 <u>〇〇</u> 日
	住 所 <u>千葉県松戸市上本郷 4005</u>
	患者氏名 <u>松戸 太郎</u> 印
	生年月日 明治 大正 <u>昭和</u> 平成 20 年 1 月 1 日生

- ① 患者さんの氏名
- ② ご相談に来られるご家族の氏名
- ③ 患者さんからみたご家族の続柄
- ④ 同意書を作成した日付
- ⑤ 患者さんの住所・氏名・生年月日及び捺印