

(様式4)

**産業医科大学病院**  
**セカンドオピニオン外来 同意書**

私(患者さん氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました  
\_\_\_\_\_(相談者) \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) 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。

令和      年      月      日

生年月日(大正、昭和、平成、令和) \_\_\_\_\_ 年      月      日生

\_\_\_\_\_(患者さん氏名) \_\_\_\_\_ 印

※続柄を確認できる書類(戸籍抄本等)の控えをとらせていただきます。