

**JR 札幌病院セカンドオピニオン外来  
相談同意書**

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました

（相談者氏名）\_\_\_\_\_に対して、貴院担当医師が私

の疾患についての治療内容、今後の見通し等につきまして、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。

年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日生

（患者氏名）\_\_\_\_\_ 印