

市立池田病院 セカンドオピニオン外来 同意書

令和 年 月 日

市立池田病院長 殿

市立池田病院「セカンドオピニオン外来要領」について了承し同意いたしました。

診療情報提供書を添えてセカンドオピニオン外来を申し込みます。

患者様氏名 _____ ㊞

同席者氏名 _____

(患者様との続柄 _____)

代理受診の場合は、下記もご記入下さい。

私（患者様氏名）_____は、同意書を持参しました

（ご相談者）_____（続柄）_____に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診療および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を聞くことに同意いたします。