

札幌柏葉会病院セカンドオピニオン外来

## 相談同意書

私（患者氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました

（相談者）\_\_\_\_\_（患者さんとの続柄\_\_\_\_\_）に

対して、札幌柏葉会病院 担当医師が私の疾患についての治療内容および、  
診断、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。

年 月 日

生年月日（大正、昭和、平成、令和）\_\_\_\_\_年 月 日生

（患者氏名）\_\_\_\_\_ 印