神鋼記念病院　セカンドオピニオン外来受診同意書

私（患者本人氏名）　　は、本同意書を持参しました、（ご相談者氏名）　　続柄（　　）に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断・治療内容・今後の見通しなどについて意見を述べ、私の現在の主治医あての報告書を作成することに同意いたします。

なお今回の相談は、疾患についての貴院医師の純粋な医学的判断を基にして、患者本人が治療に関する意思決定を下す判断材料とするものであり、それ以外の目的で使用しないことを確約いたします。

平成　　年　　月　　日

氏名　　印

生年月日（大正・昭和・平成）　　年　　月　　日生