（様式２）

セカンドオピニオン外来相談同意書

岡崎市民病院長 殿

私（患者氏名）　　は、本同意書を持参しました相談者　　（続柄　　）に対し、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

患者氏名