

神戸市立医療センター中央市民病院

セカンドオピニオン相談同意書

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_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及び治療内容、今後の見通しにつきまし

て、意見や判断を述べ、私の主治医宛で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 日生

（患者様氏名） 印