

(様式 5)

済生会滋賀県病院セカンドオピニオン

実施同意書

私、 \_\_\_\_\_ (患者様ご本人) は、この同意書を持参しました

\_\_\_\_\_ (ご相談者) に対して、貴院担当医師が私の疾患に

についての診断および治療内容、今後の見通しなどにつきまして、意見をのべ、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。

平成 年 月 日

生年月日 年 月 日生

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(患者様ご本人の署名をおねがいします)