

## セカンドオピニオン 相談同意書(御家族用)

はるひ呼吸器病院院長 殿

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、

（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、私の主治医にも報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_