**砂川市立病院　セカンドオピニオン**

**相談同意書**

**私（患者氏名）　　　　　　　　　　は、本同意書を持参しました**

**（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、今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医宛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　(西暦)　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生**

**（患者様氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**