名古屋市立大学病院長　様

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました

（ご相談者（家族））＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（患者との続柄　　）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、私の主治医あての診療情報提供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（Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ）　　年　　月　　日

（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印