**川崎市立川崎病院　セカンドオピニオン相談同意書**

　　　**（あて先）川崎市立川崎病院長**

　　　　　　私、　　　　　　　　　　は、本同意書を持参した

相談者　　　　　　　　　　　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

　　　　　私の主治医宛に報告書が作成されることに同意いたします。

平成　　　年　　　月　　　日

住　　所　：

患者氏名　：　　　　　　　　　　　　　　　　印

（直筆は印省略可）

代理人署名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　続柄

※ご本人が署名できない場合は、親族等の代理人がご署名下さい。　（直筆は印省略可）