

様式2 (家族等による相談の場合に持参していただく同意書)

セカンドオピニオン  
代理相談同意書

公立置賜総合病院長 殿

私 (患者様氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参した  
(相談者の氏名) \_\_\_\_\_ に対して、貴院の担当医師が  
私の疾患についての診断及び治療内容等について意見や判断を述べ、私の主治  
医あてに報告書を作成することに同意します。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)