

藤沢市民病院 セカンドオピニオン外来  
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、  
藤沢市民病院担当医師が、私の疾患についての診断及び治療内容等、今後の見通  
しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されること  
に同意いたします。

平成 年 月 日

相談者住所

相談者氏名

患者住所

患者生 明治 年 月 日  
年月日 大正  
昭和  
平成

患者氏名 (印)

※本人が相談者の場合はこの相談同意書は不要です