大阪公立大学医学部附属病院
セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者さま氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました

（ご相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、貴院担当医師が私の疾患に

ついての治療内容、今後の見通し等につきまして、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。

年　　月　　日

患者さま氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

生年月日（大正、昭和、平成、令和、西暦）
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年　　月　　日生

（※　家族であることを証明できるもの（健康保険証、免許証等）を必ず持参してください。）

2022.4