

# 横浜総合病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_は、私の病状についての診断の内容や、

現在および今後の治療法に関するセカンドオピニオンの提供を横浜総合病院に依頼します。

また、私の代理人として、本同意書を持参しました

（ご相談者氏名）\_\_\_\_\_に対して、貴院担当医師が意見や判断を述べること、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

令和        年        月        日

患者様ご署名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日（大正・昭和・平成・令和） \_\_\_\_\_ 年    月    日

ご住所 \_\_\_\_\_