

書式 4

(家族等による相談の場合に持参していただく同意書)

製鉄記念広畑病院
セカンドオピニオン外来 相談同意書

製鉄記念広畑病院長 殿

私（患者氏名） _____ は、本同意書を持参した
（相談者の氏名）（続柄） _____ （ _____ ）
に対して、貴院担当医師が、私の疾患についての診断および治療内容、
今後の見通しについて、意見や判断を述べ、文書（本人説明文書または
主治医宛意見書）が作成されることに同意します。

平成 年 月 日

（生年月日）（大正・昭和・平成 年 月 日生）

患者氏名 _____ 印 _____

患者住所 _____

（ご本人が記入できない場合：ご本人との続柄）

代筆者氏名 _____ 印（続柄 _____）

代筆者住所 _____

相談者の氏名 _____ 印（続柄 _____）

相談者の住所 _____