

# 横浜医療センター セカンドオピニオン外来 代理相談同意書

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました

（代理相談者氏名） \_\_\_\_\_（続柄） \_\_\_\_\_ に対して

横浜医療センター担当医師が、私の疾患についての診断および治療内容、

今後の見通し等について意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が

作成されることに同意いたします。

年 月 日

代理相談者住所 \_\_\_\_\_

代理相談者氏名 \_\_\_\_\_

患者住所 \_\_\_\_\_

患者生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印