

令和 年 月 日

セカンドオピニオン外来相談同意書

大阪赤十字病院 御中

患者さん氏名： _____ 印

私は下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、検査資料を持参させ、貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、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。

記

相談者（代理受診者）

氏 名	続 柄

※相談者は、患者さんご本人との続柄を確認できるもの（健康保険証、住民票等）をご持参のうえご来院ください。