

# 石川県済生会金沢病院セカンドオピニオン外来相談同意書

石川県済生会金沢病院院長 殿

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました  
（相談者）\_\_\_\_\_ 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、今後の見通しにつきまして、意見や判断を  
述べること、および現在受診中の医療機関の主治医宛に私の疾患について  
の報告書が作成されることに同意します。

相談者  
住所 \_\_\_\_\_

患者との  
続柄 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

患者氏名

\_\_\_\_\_ 印