**セカンドオピニオン外来相談同意書**

群馬県立心臓血管センター院長　　あて

私（患者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　は、本同意書を持参いたしました者

（相談者氏名）　　　　　　　　　　　　　（患者との続柄　　　　　）に対して、

貴センター担当医師が私の疾患についての診断及び診療内容、今後の見通しにつきまして、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。

平成　　　年　　　月　　　日

生年月日（大正・昭和・平成）　　　　　年　　　月　　　日生

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印