

同意書

東京慈恵会医科大学附属柏病院長 殿

私 _____ は、貴院でセカンドオピニオンを受けるにあたり、
本状を持参しました _____ (続柄：____) が、私の疾患につ
いての診療情報を貴院に提供し、これをもとに貴院に意見・判断を求める
こと、また貴院の担当医師より私の主治医あてに報告書が提出されること
に同意致します。

_____年 ____月 ____日

住 所 _____

患者氏名 _____ 印

生年月日 _____年 ____月 ____日生

【 同意書の記入について 】

相談の対象となる患者さまご本人が来院されず、ご家族のみで相談なさる場合には、同意書を作成いただいております。

下記の記入例を参考に、**患者さまご本人の自書**にて同意書の下線部分をご記入いただき、セカンドオピニオン申込書に添えてお申込みください。

なお、相談当日には、**ご家族さまの確認ができるもの（健康保険証や運転免許証等）**をご持参ください。

同 意 書

東京慈恵会医科大学附属柏病院長 殿

① 私 慈 恵 太 郎 は貴院でセカンドオピニオンを受けるにあたり、
本状を持参しました 慈 恵 花 子 (続柄：妻) が、私の疾患に
② ついての診療情報を貴院に提供し、これをもとに貴院に意見・判断を求
めること、また貴院の担当医師より私の主治医あてに報告書が提出され
ることに同意致します。

④ 2019年10月1日

住所 千葉県柏市柏下 163 番地-1

患者氏名 慈 恵 太 郎 印

生年月日 2019 年 1 月 1 日 生

⑤

- ① 患者さまの氏名
- ② ご相談に来院されるご家族の方の氏名
- ③ 患者さまからみたご家族の方の続柄
- ④ 同意書を作成した日付
- ⑤ 患者さまの住所、氏名、生年月日および捺印