〈様式２〉（家族等による相談の場合に持参していただく同意書）

セカンドオピニオン外来同意書

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました（相談者氏名）＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿＿＿に対して、貴院担当医師が、私の疾患についての診断及び治療内容について、意見や判断について述べ、診療情報を提供した私の主治医あてに、内容の報告をすることに同意します。

年　　月　　日

徳島市民病院長　殿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名（患者本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日