**セカンドオピニオン外来相談同意書**

　私（患者署名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は、本同意書を持参しました

相談者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　年　　月　　日生

患者との続柄（　　　　　　　）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、今後の見通し等について、意見や助言を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

NTT東日本伊豆病院長　殿

　患者氏名

　生年月日（大正・昭和・平成・令和）　　　　　　年　　　　月　　　日生

　　※　ご相談の方が患者以外の場合は、本人が証明できるもの（健康保険証、免許証等）を必ず持参願います。

NTT東日本伊豆病院