

## いわき市立総合磐城共立病院セカンドオピニオン同意書

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました  
(ご相談者) \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が私の疾患に  
ついての診断内容及び治療方針、今後の見通しなどについて、意見や判断を述べ、  
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。

平成 年 月 日

生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日生

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 印