名古屋大学医学部附属病院

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、

私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、

名古屋大学医学部附属病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として、本同意書を持参いたしました

（ご代理人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、貴院担当医師が意見

や判断を述べること、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（明治、大正、昭和、平成）　　年　　月　　日

対象者（患者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印