埼玉県立精神医療センターのセカンドオピニオン外来

相談同意書

私（患者さん氏名）　　は、

以下の相談者に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、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。

（ご相談者①）　　（続柄　　）、

（ご相談者②）　　（続柄　　）、

（ご相談者③）　　（続柄　　）

令和　　年　　月　　日

生年月日（大正、昭和、平成）　年　　月　　日

（患者さん氏名）　　印

（注意１）同意書の記入は患者さんの自筆でお願いします。
（注意２）相談者は本人を証明するもの（運転免許証、健康保険証等）をご持参　ください。控えをとらせていただきます。
（注意３）相談者の記名の無い方、身分を証明するものをお持ちでない方は、セカンドオピニオンに同席して頂くことができませんので、ご了承ください。