香川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（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参した（ご相談者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、貴院担当医師が私の疾患に関する診断及び治療内容、今後の見通しについて、意見判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

令和　　年　　月　　日

（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印