

## J A広島総合病院 セカンドオピニオン同意書

私（患者氏名）\_\_\_\_\_は、この同意書を持参した  
（相談者）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_に対し、  
貴院担当医師が私の疾病についての診断および治療内容、今後の見通し等について  
意見や判断を述べ、私の主治医あてに報告書が作成されることに同意します

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

※ 患者様が記入できない場合に記入してください

家族氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

※ご記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には使用いたしません